

Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Área Específica de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem no Controlo da Dor e da
Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de
Vida, no Internamento Hospitalar de Cirurgia**

Carla Alexandra Almeida Anjos

**Lisboa
2016**



Mestrado em Enfermagem
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-
Cirúrgica – Área Específica de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem no Controlo da Dor e da
Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de
Vida, no Internamento Hospitalar de Cirurgia**

Carla Alexandra Almeida Anjos

Senhora Professora Orientadora: Eunice Sá

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À senhora professora Eunice Sá, pela disponibilidade sempre presente, pela confiança demonstrada, acreditando na concretização deste trabalho, pela ajuda e incentivo constante e pela orientação efetuada.

À minha família, especialmente aos meus pais, pelas horas, dias, semanas em que não pude estar presente. Pelo apoio e motivação constante e por tudo, contribuindo para que desta forma, este caminho fosse mais fácil de palmear, através do seu amor, carinho e compreensão incondicionáveis.

À Ana, companheira neste trajeto. Pela amizade, partilha, incentivo, ajuda, disponibilidade. Sem dúvida um apoio muito importante.

Aos amigos pela compreensão do que foi adiado, pelo apoio e incentivo não deixando as dificuldades desta trajetória sobrepor-se à motivação da concretização desta etapa.

Às equipas multidisciplinares, pessoas com doença oncológica e seus familiares, dos diversos locais de estágio, pela partilha fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos, o meu muito obrigado.

“Curar às vezes, aliviar muito frequentemente e confortar sempre.”

Oliver Holme

RESUMO

A pessoa com doença oncológica em fim de vida, tendencialmente experiencia uma multiplicidade de sintomas que conduzem à diminuição do conforto, tendo o *cluster* dor e dispneia uma elevada incidência. O serviço onde exerço funções apresenta um elevado número de pessoas com doença oncológica em fim de vida, internadas por descontrolo sintomático. Concomitantemente, a equipa de enfermagem mencionou dificuldade na implementação de medidas de conforto no controlo da dor e dispneia, que se confirmou pelas auditorias aos processos clínicos e através da revisão sistemática da literatura. Neste sentido, para dar resposta às lacunas identificadas e desenvolver competências para o perfil de enfermeiro especialista, procurou-se desenvolver a perícia no cuidado às pessoas com doença oncológica em fim de vida, sendo realizados estágios em quatro locais especializados nestes cuidados. Na implementação do projeto no serviço onde exerço funções, foi elaborado um plano de formação aos pares, que se mostrou fundamental para o autoconhecimento das práticas realizadas, sendo apresentadas as fragilidades das mesmas, bem como as recomendações da evidência científica para o controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida. Paralelamente, foi realizado um documento com linhas orientadoras de boa prática, alicerçado na revisão da literatura, tendo por base as recomendações da melhor evidência científica disponível e sujeito à consideração de 7 peritos, de forma a obter a sua validação. A sua disponibilização, bem como a de um fluxograma com os principais itens na apreciação e registo da dor oncológica, possibilitou significativos ganhos na implementação de medidas no controlo destes sintomas. Através das auditorias realizadas após a formação constatou-se uma melhoria na avaliação completa destes sintomas, bem como a reavaliação dos mesmos após a implementação das medidas de conforto. As medidas não farmacológicas foram valorizadas, encontrando-se registadas nos processos clínicos, o que não se verificava antes da implementação deste projeto. Aumentou a capacidade de negociação com a equipa médica, aumentando a prescrição e administração de opióides de acordo com a intensidade da dor e da dispneia, bem como uma redução da utilização da via endovenosa, considerando as vias não invasivas. Paralelamente, mostrou-se vantajoso a elaboração de um fluxograma de referenciação à

Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, facilitando o recurso das pessoas a este serviço para uma efetiva resposta ao quadro algico. Desta forma, é possível concluir que a prática baseada na evidência, permite simplificar a tomada de decisão, conferindo segurança e credibilidade à enfermagem enquanto profissão, conduzindo ao aumento da satisfação tanto da pessoa alvo de cuidados como do enfermeiro, levando à excelência dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Pessoa com doença oncológica em fim de vida; conforto; controlo da dor e da dispneia; serviço de Cirurgia Geral

ABSTRACT

A person with oncológic disease at the end of his life tends to experience a variety of symptoms that lead to decreased comfort, with the cluster pain and dyspnoea having a high incidence. The service which exercises my functions, has a high number of people with oncological disease in late life, hospitalized for uncontrolled symptomatic. Concomitantly, the nursing team had difficulties in implementing comfort measures for managing pain and dyspnea, which was confirmed by the audits to clinical processes and through systematic review of the literature. In this sense, to address the identified gaps and develop skills for the nurse specialist profile, our purpose was to sought and develop expertise in caring for people with cancer disease in late life, being conducted clinical teaching in four specialized sites in these care. In implementing the project in the surgical service, we designed a training plan in pairs, which proved crucial to the self of the activities undertaken, the weaknesses of them being presented as well as the recommendations of the scientific evidence for pain control and dyspnoea in person with oncologic disease. At the same time, there was a document with guidelines of good practice, based on the literature review, on the recommendations of the best available Scientific evidences and subject to consideration of 7 experts in order to get their validation. It's also available a flow chart with the main items in the evaluation and registration of cancer pain, made possible the objectification of significant gains in the implementation of measures to control these symptoms. After the formation through audits carried out we found an improvement in complete evaluation of these symptoms, as well as the revaluation of the same, after the implementation of comfort measures. Non-pharmacological measures were valued, which are recorded in the clinical process and that was not the case prior to the implementation of this project. The ability to negotiate with the medical team has increased and also growing the prescription and administration of opioids in accordance with the intensity of pain and dyspnea, as well as a reduction in the use of the intravenous route, whereas other non-invasive routes. At the same time, so that a continuation of care is possible, and proved to be advantageous to the development of a referral to the flowchart for Multidisciplinary Unit of Chronic Pain, facilitating the use of people of this service for an effective response to pain symptoms. Thus, it is possible to

conclude that the practice evidence-based simplifies decision-making, providing security and credibility to nursing as a profession, leading to growth satisfaction of both the care target person as the nurse, leading to excellence of the performed care.

Keywords: Person with oncological disease at the end of life; comfort; control of pain and dyspnea; General Surgery Service

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	18
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	20
2.1. Controlo de Sintomas.....	20
2.1.1. Dor Oncológica.....	20
2.1.2. Dispneia	22
2.2. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	23
3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS.....	25
3.1. Intervenção de Enfermagem e Prática Baseada na Evidência	25
3.2. Planeamento e ação.....	27
3.2.1. Objetivo 1: Integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, tendo em conta a organização, dinâmica e funcionamento dos serviços.....	28
3.2.2. Objetivo 2: Identificar as intervenções de enfermagem em pessoas com doença crónica e paliativa na equipa multidisciplinar.....	33
3.2.3. Objetivo 3: Identificar medidas de conforto no alívio de sintomas, nomeadamente no que diz respeito à dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida.....	38
3.2.4. Objetivo 4: Implementar estratégias de intervenção do enfermeiro no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida no serviço de Cirurgia Geral.....	50
3.3. Objetivo 5: Avaliar os resultados obtidos com a implementação do projeto na mudança da prática de cuidados.....	54
3.4. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências.....	56
3.4.1. Competências comuns do enfermeiro especialista e 2º ciclo conducentes ao grau de mestre.....	57
3.4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa.....	60

4. AVALIAÇÃO.....	63
4.1. Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.....	63
4.2. Questões éticas.....	66
4.3. Limitações da implementação do projeto e trabalho futuro..	67
4.4. Pontos fortes e fracos.....	69
5. CONCLUSÃO.....	70
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73

APÊNDICES

Apêndice I – Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem no diagnóstico de Situação Inicial

Apêndice II – Análise das necessidades de formação e das práticas da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral

Apêndice III – Revisão Sistemática da Literatura “ Linhas Orientadoras de Boa Prática no Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida em Internamento Hospitalar de Cirurgia”

Apêndice IV – Projeto de Intervenção “Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e da Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida, em Internamento Hospitalar de Cirurgia”

Apêndice V – Guia de Observação e consulta da dinâmica organo-funcional dos locais de ensino clínico

Apêndice VI – Fluxograma de Critérios de Referenciação para a Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar da pessoa com dor crónica não controlada

Apêndice VII – Reflexão Crítica de uma conferência familiar

Apêndice VIII – Reflexão Crítica do impacto da dor numa pessoa com doença oncológica

Apêndice IX – Estudo de Caso de uma situação de descontrolo do quadro algico

Apêndice X – Estudo de Caso de uma situação de descontrolo sintomático: dor oncológica e dispneia, numa família Hindú

Apêndice XI- Planos de sessões de formação no serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XII- Primeira sessão de formação

Apêndice XIII – Segunda sessão de formação

Apêndice XIV – Fluxograma para avaliação e registo da dor

Apêndice XV- – Linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida

Apêndice XVI- Resumo e Póster “Dor no Doente Oncológico em Fim de Vida – Intervenções de Enfermagem

Apêndice XVII- Estudo de caso no serviço de Cirurgia Geral

Apêndice XVIII - Análise das práticas realizadas após o início da Aplicação do Projeto de Intervenção

Apêndice XIX – Sugestões do painel de peritos sobre as linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida

ANEXO

Anexo I – Registo da avaliação do Estágio com Relatório dos diversos locais de estágio

ABREVIATURAS

BPI - Inventário Resumido da Dor
CDE- Código Deontológico dos enfermeiros
CP – Cuidados Paliativos
DGS – Direção Geral de Saúde
EAN - Escala de Avaliação Numérica
EFIC - European Federation of IASP Chapteres
EIHSCP Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EONS – European Oncology Nursing Society
ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton
IASP - International Association for the Study of Pain
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAINAD - Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada
PBE - Prática Baseada na Evidência
PNCP - Programa Nacional de Cuidados Paliativos
PNLCD - Plano Nacional da Luta contra a Dor
POS-S - Palliative Care Outcome Scale – Sintomas
UMDC - Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica

INTRODUÇÃO

A evolução da tecnologia e da medicina tem levado a um aumento do envelhecimento e das doenças crónicas. De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), o cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade e no conjunto das causas de mortalidade, este encontra-se em segundo lugar, após as doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2014). À escala mundial, prevê-se que até 2030 a incidência de mortalidade devido a doença oncológica seja superior a 13,1 milhões de mortes (Fielding, Sanford, Davis, 2013). Em Portugal estima-se que em 2060, 153600 pessoas morram, comparativamente com as 104434 mortes que ocorram em 2009. Esta estatística é ainda mais relevante tendo em conta o aumento de doenças crónicas como o cancro, e que por cada morte a família é também afetada (INE, 2009). Relativamente aos novos casos de cancro, em 2030 prevê-se a existência de mais de 50000, sendo esta encarada como a doença do futuro (DGS, 2014). De acordo com a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, existem apenas 19 serviços de cuidados paliativos, sendo esta oferta muito limitada, num país com uma população superior a 10 milhões (Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes, 2012). A OMS (2010) define cuidados paliativos, como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação e apreciação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Os benefícios dos cuidados paliativos encontram-se explanados em vários estudos, revelando uma melhoria da satisfação da pessoa e família no que diz respeito ao controlo sintomático, nomeadamente o tratamento da dor, disponibilidade dos profissionais e à informação partilhada sobre o processo de doença, prognóstico e planeamento dos cuidados, bem como uma redução de custos da hospitalização (Griffith, Lyman & Blackhall, 2010; Zhi & Smith, 2015). Apesar de não existir uma definição exata para o conceito de fim de vida, este prende-se com a presença de uma doença ou sintomas crónicos ou de incapacidade funcional persistente, que necessitem de cuidados formais ou informais e que conduzem à morte, correspondendo ao último ano de vida (Ferreira, et al., 2012).

O controlo inadequado dos sintomas ao longo da doença produz não só sofrimento mas também um efeito adverso na progressão da mesma (MacDonald, 2002). Neste sentido, sendo o controlo sintomático uma das vertentes

fundamentais dos cuidados paliativos, torna-se uma das maiores preocupações dos enfermeiros. Existem, porém, dificuldades associadas à sua avaliação, devido à sua multiplicidade e por vezes falta de exuberância nas suas manifestações, assim como pela não utilização de instrumentos que facilitem a sua avaliação e orientem os cuidados (Barbosa & Neto, 2010). Sendo os cuidados paliativos essenciais, destaca-se um reduzido número de serviços e equipas especializadas nestes cuidados em Portugal. Neste sentido, os serviços de agudos, como o caso do contexto onde exerço funções, são obrigados a responder às necessidades das pessoas com doença oncológica em fim de vida e sua família (Sapeta & Lopes, 2007). Todavia, verifica-se pouca uniformização dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida, existindo por vezes uma inadequação dos mesmos, experienciando-se concomitantemente dificuldades na abordagem das famílias e na tomada de decisão das medidas adequadas (Pulido, Batista, Brito & Matias, 2010). Paralelamente, nos serviços de agudos, foram identificados fatores que dificultam o processo de interação entre enfermeiro e doente, designadamente as rotinas, a fragmentação da informação sobre o doente, a falta de continuidade de cuidados e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro (Sapeta & Lopes, 2007). Neste sentido, torna-se pertinente o investimento no controlo sintomático da pessoa com doença oncológica em fim de vida, uma vez que para além de ser uma necessidade identificada pela evidência científica, também a equipa de enfermagem do serviço onde exerço funções considerou importante desenvolvê-la, dando resposta a algumas lacunas da sua prestação de cuidados, não obstante revela-se também uma área de particular interesse pessoal.

Verifica-se que as pessoas com doença oncológica em fim de vida geralmente experienciam múltiplos sintomas. A evidência científica recente enfatiza a importância de gerir a natureza dinâmica e múltipla de grupos de sintomas (Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014). Assim, o conceito de *clusters* de sintomas está cada vez mais, a ser reconhecido como uma importante plataforma para a gestão dos mesmos nas pessoas com doença oncológica (Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010). Não existe, contudo, unanimidade sobre a definição de *cluster* de sintomas nem conceitualmente nem metodologicamente. A definição comumente usada é a de dois ou mais sintomas simultâneos e interrelacionados, com alta probabilidade de ocorrer. Estes são encontrados entre pessoas com as mesmas características ou situações clínicas, como aqueles que receberam terapia adjuvante, ou com doença avançada, contudo não têm de partilhar a mesma etiologia (Dong, et al., 2014). Esta vivência de uma

multiplicidade de sintomas deve-se a vários fatores, como a progressão do cancro, alterações fisiológicas, associados ao tratamento, efeitos adversos a longo prazo após a conclusão do tratamento ou associado ao tumor (Karabulu, et al., 2010). Tendo em conta a estabilidade através do tempo, em pessoas com doença oncológica em fim de vida, a dor, dispneia, fadiga, sonolência e anorexia é considerado um *cluster* estável. Numa revisão sistemática da literatura, de 33 artigos incluídos nesta, cerca de 45% identificou o *cluster* dor, dispneia, fadiga e sonolência (Dong, et al., 2014). Por sua vez, um estudo realizado com 200 doentes internados em cuidados paliativos no Japão indicou que, durante todo o curso clínico, 88% destes experienciaram dor e 66% dispneia. O conhecimento destes *clusters* torna-se fundamental, uma vez que permite ao enfermeiro, tomar consciência sobre a gama de sintomas que a pessoa experimenta, ajudando-o a realizar a apreciação para prevenção e gestão dos mesmos, planeando intervenções, centrando a sua abordagem de acordo com os sintomas que se preveja ocorrer na pessoa, coincidindo com as experiências vivenciadas pela pessoa com doença oncológica em fim de vida (Karabulu, et al., 2010). Estando identificado a dor e dispneia em vários *clusters* de sintomas e sendo a sua incidência alta, torna-se relevante aprofundar conhecimentos na sua gestão.

O conforto é outra grande preocupação dos enfermeiros, sendo pertinente basear este percurso na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma teoria de médio alcance, que considera que o conforto tem assumido um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, sendo o produto das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional (Kolcaba, 1994, 2003). Tendo o enfermeiro um papel essencial na promoção do conforto é necessário, o desenvolvimento de competências que permitam ir de encontro às necessidades das pessoas com doença oncológica em fim de vida e sua família. Benner (2001) refere que o enfermeiro evolui gradualmente quando o conhecimento teórico é confrontado com a prática e esta experiência o leva a compreender cada situação intuitivamente. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, considerado como perito de acordo com o Modelo de Dreyfus, descrito por Benner (2001) compreende de forma intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos.

Assim, o percurso realizado através da execução deste projeto tem a finalidade, de dilatar as competências de enfermeiro generalista e atingir as competências preconizadas para o enfermeiro especialista nos regulamentos de Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011) e as imanadas pela European Oncology Nursing Society (2013), bem como para obter o grau de mestre as Competências do 2º Ciclo (DL nº115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Concomitantemente, outra finalidade deste caminho é, melhorar a abordagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia, internada no meu serviço, sensibilizando a equipa de enfermagem e médica para esta temática, melhorando os seus conhecimentos através de ações de formação desenvolvidas, da implementação de linhas orientadoras de boa prática e da referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. Neste sentido, os objetivos gerais delineados são desenvolver competências na gestão da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida; desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida; aprofundar conhecimentos de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncologia em fim de vida e sua família, nomeadamente com descontrolo de dor e dispneia e sensibilizar a equipa de enfermagem para a melhoria das medidas de conforto implementadas, no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, internada neste serviço.

Para que fosse possível melhorar e aprofundar conhecimentos, bem como adquirir competências que permitissem responder às necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia, foram selecionados cinco locais especializados nestes cuidados. As instituições hospitalares têm-se constituído um local privilegiado para desenvolver competências que dificilmente seriam alcançadas de outra forma, uma vez que se trata de situações reais que são vivenciadas de forma única por cada interveniente (Serra, 2007). Assim, os serviços envolvidos são, a Clínica da Dor, Serviço de Internamento em Cuidados Paliativos (CP), Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e finalmente a implementação do projeto no Serviço de Cirurgia Geral.

Este relatório encontra-se organizado em seis capítulos. No primeiro será definida a problemática e no segundo desenvolvido o seu enquadramento conceptual. Posteriormente, no terceiro capítulo será explanada a execução das tarefas previstas debruçando-se na prática baseada na evidência, demonstrando as atividades

programadas, como foram implementadas, os contributos dos diversos locais de estágio para a sua consecução e os resultados obtidos no meu serviço com a implementação do projeto, culminado com uma reflexão sobre as competências desenvolvidas. De seguida, no quarto capítulo, serão apresentados os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como as questões éticas, limitações e trabalho futuro no sentido de dar continuidade a este projeto, e os seus pontos fortes e fracos. Na conclusão será realizado um balanço sobre este percurso.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

No serviço onde exerço funções, verifica-se uma elevada incidência de pessoas com doença oncológica em fim de vida, internadas com descontrolo sintomático. Este descontrolo leva ao aumento do sofrimento, tendo um efeito nefasto na progressão da doença e no conforto da pessoa e da família. Assim, importa explanar o diagnóstico de situação, as fragilidades no controlo da dor e da dispneia neste serviço e o impacto no conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida.

Diagnóstico de situação: Tendo a equipa de enfermagem reconhecido o controlo sintomático como particularmente difícil de implementar medidas de conforto, foram realizadas inicialmente sondagens de opinião a 48 dos 53 enfermeiros a exercer funções neste serviço, solicitando-lhes a identificação dos sintomas que sentiam mais dificuldade em avaliar e implementar intervenções em pessoas com doença oncológica em fim de vida. A dor foi o principal sintoma a ser referenciado e 26 enfermeiros identificaram a dispneia como um sintoma particularmente angustiante tendo dificuldade em controlar e implementar medidas de conforto. Neste sentido, foram realizadas novas sondagens de opinião para identificar as áreas de maior interesse relativamente às necessidades de formação (Apêndice I). A apreciação da dor e da dispneia, bem como a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas foram apontadas como áreas a investir. Salientaram-se as dificuldades e escassez da explicação na utilização de opióides, não sendo frequente a sua utilização. Na dispneia, revelou-se um desconhecimento sobre a utilização de opióides no seu controlo, recaindo a preferência na administração de oxigénio independentemente da presença ou não de hipoxia, hemoglobina inferior a 10g/dl ou DPOC. Considerando a evidência científica e análise das práticas realizadas, foi possível verificar um desvio das recomendações imanadas por esta, nomeadamente no que se refere à caracterização de sintomas, fraca adesão à terapêutica opióide e oligoanalgesia, desvalorização da reavaliação após implementação de medidas de conforto e desvalorização das medidas não farmacológicas não se encontrando registadas nos processos clínicos. A análise realizada das necessidades de formação da equipa de enfermagem, bem como a análise das práticas encontram-se explanadas em Apêndice II. Conclui-se que são insuficientes as medidas implementadas à pessoa com doença oncológica em fim de vida, comparativamente com o recomendado pela evidência científica, justificando assim a importância de

investir no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, neste serviço.

Fragilidades no controlo da dor e dispneia no serviço de cirurgia geral e impacto na pessoa com doença oncológica em fim de vida: O sofrimento associado a pessoas em fim de vida, relaciona-se intimamente com sintomas mal controlados resultando numa perda de autonomia, sentido para a vida, dignidade, do papel social, de regalias económicas, com alterações nas relações interpessoais. Encontra-se identificado uma estreita ligação entre o inadequado controlo sintomático e a interferência nas atividades de vida diária, nomeadamente no padrão de sono, apetite, funcionamento sexual, humor, bem-estar, relacionamento social e no autocuidado. Este descontrolo influencia ainda, a perceção do agravamento da doença, aumentando a ansiedade, depressão, preocupações espirituais e o conforto da pessoa e da sua família (Barbosa & Neto, 2010; Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels, 2014; Cleeland & Sloan, 2010; Farquhar, et al, 2011).

Existem, no entanto, barreiras relacionadas com os profissionais, com os doentes e com o sistema de saúde, que dificultam a implementação de medidas que promovam o controlo sintomático. Relativamente aos doentes, existe uma relutância em discutir com os profissionais e pedir medicação para o alívio da dor. Esta hesitação prende-se com as preocupações sobre a dependência, tolerância ou o encurtamento da vida, provocada pela administração de opióides. Quanto aos profissionais, verifica-se que devido a uma comunicação ineficaz, bem como a avaliação inadequada dos sintomas, se traduz num inadequado controlo destes. Para tal corrobora uma insuficiente ou inadequada preparação profissional sobre o controlo sintomático, nomeadamente nos aspetos teórico-científicos, inabilidade na avaliação dos sintomas ou mesmo na sua desvalorização ou depreciação. No sistema de saúde, os seus responsáveis têm demonstrado um fraco interesse por esta problemática. Os opióides são pouco acessíveis, há regulamentos muito restritivos sobre a sua utilização, e a comparticipação é inadequada para muitas pessoas que já perderam a sua autonomia (Boveldt, Vernooij-Dassen, Burger, IJsseldijk, Vissers & Engels, 2014; Besse, et al., 2014; Barbosa & Neto, 2010). Assim é relevante a aplicação de medidas simples que suprimam estas barreiras, como a formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde, educação e capacitação das pessoas doentes e implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD) (Ritto, et al., 2012; Barbosa e Neto, 2010).

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O controlo inadequado de sintomas provoca um efeito nefasto na progressão da doença, pelo que importa clarificar conceitos essenciais nomeadamente o controlo de sintomas e particularmente a dor oncológica e a dispneia. Paralelamente, sendo o conforto fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, encontrando-se intimamente relacionado com o controlo efetivo de sintomas, torna-se essencial basear este percurso tendo por base a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

2.1. Controlo de Sintomas

A doença oncológica é considerada a mais temida, não só pela sua mortalidade, mas também pelo sofrimento que lhe é associado (Karabulu, et al., 2010). Sendo o descontrolo sintomático causador de enorme sofrimento, afetando negativamente a progressão da doença, os cuidados paliativos têm como vertente fundamental o seu controlo (MacDonald, 2002; Barbosa e Neto, 2010).

O sintoma é descrito como a prova subjetiva de doença ou perturbação física observada pela pessoa doente. Implícito nesta definição é a natureza negativa dos sintomas e, mais importante, que estes são observações da pessoa que experimenta diretamente a evidência de doença ou perturbação física. A evidência científica descreve que a pessoa com doença oncológica experiencia vários sintomas, sendo o desafio imposto aos profissionais, a avaliação simultânea da sua multiplicidade. A sua intensidade relaciona-se com a combinação da gravidade dos sintomas associados, com a doença, tratamento e perceção da pessoa sobre o impacto que estes mesmos sintomas têm sobre a sua vida (Cleeland & Sloan 2010).

2.1.1. Dor Oncológica

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) (1994), citada pelo PNLCD (DGS, 2008) a dor é “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. A dor crónica é caracterizada por perdurar no tempo, meses, anos, ou mesmo ao longo da vida, podendo piorar e afetar a função física, a interação social e a qualidade de vida na sua globalidade. Após terapêutica oncológica pode ocorrer como resultado de síndromes dolorosas crónicas pós-

cirúrgicos, neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, síndromes de dor pós radioterapia e osteonecrose dolorosa causada pela radioterapia ou terapia de corticosteroides a longo prazo (Chapman, 2012).

Embora existam diretrizes publicadas e programas educacionais sobre avaliação e tratamento da dor oncológica, esta continua a ser uma preocupação de saúde pública a nível mundial, revelando-se uma importante questão dos sistemas de saúde, uma vez que a incidência de novos casos de cancro em 2008 foi de 12.667.470 e com base nas projeções em 2020 será maior que 15 milhões (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012). Consta-se ainda que apesar dos avanços no tratamento do cancro, mais de 570.000 pessoas morrem em cada ano e mais de 70% terá dor como sintoma no final da vida (Paice, 2011). A prevalência de dor após o tratamento curativo encontra-se descrita em 33%, em tratamento antineoplásico 59% e com metástases em fim de vida 64%, ocorrendo de forma mais prevalente nas neoplasias da cabeça e pescoço, pâncreas e metástases ósseas (Ripamonti, et al., 2012). Quanto à etiologia, advém da doença neoplásica (46-92%) com infiltração óssea ou de partes moles, compressão e/ou infiltração de nervos, vasos sanguíneos e linfáticos, necrose tumoral em mucosas, seguida de ulceração e/ou perfuração e edema cerebral; decorre do tratamento antineoplásico (5-20%), consequente de cirurgia como lesões nervosas, cicatrização, edema e contraturas musculares; associada a quimioterapia como mucosites e polineuropatias, à hormonoterapia como a ginecomastia, ou relacionada à radioterapia como radiodermite, mielopatias, enterite, plexopatias, osteorradionecrose. Pode ter uma etiologia mista (8-22%), associada à doença neoplásica e/ou ao seu tratamento, nomeadamente síndrome paraneoplásico, nevralgia pós-zóster, infeções fúngicas ou úlceras de decúbito (Pimenta & Ferreira, 2006; Boveldt, et al., 2014).

A classificação neurofisiológica da dor é considerada como útil, podendo guiar a seleção da terapêutica apropriada, incluindo os tratamentos adjuvantes (Barbosa & Neto, 2010; Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002). A dor nociceptiva é medida pela ativação dos recetores nociceptivos, sendo dividido em somática e visceral. Por sua vez a dor neuropática ocorre por lesão do sistema nervoso periférico ou central sendo frequentemente descrita como ardente, elétrica ou disparo, podendo subdividir-se em disestética/desaferenciação e lancinante. Quanto à dor irruptiva é geralmente caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão habitual. É comum em pessoas com doença oncológica que têm um nível de

dor geralmente bem controlada pela medicação de base, afetando cerca de 75% destes. As características da dor em fim de vida varia de pessoa para pessoa, incluindo a duração e as causas possíveis. Geralmente é imprevisível, surge rapidamente, varia na frequência e na duração e pode ser mais grave do que a dor de base (Caraceni et al, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Buchanan, Geerling & Davies, 2014). Esta tem um efeito devastador no conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida, interferindo de forma moderada a grave na maioria nas atividades de vida. O conceito de “Dor Total” desenvolvido por Cicely Saunders assume particular importância, uma vez que elucida que quando esta não é controlada, poderá converter-se no centro da vida pessoa, podendo conter a dimensão física (lesão tecidual, compressão nervosa, etc.), emocional (depressão, insónia, fadiga), social (perda do papel social, problemas económicos) e espirituais (culpa, revolta, insegurança), segundo Ritto, et al. (2012); Barbosa & Neto (2010); Boveldt, et al. (2014).

O alívio da dor é considerado viável em 71-86% das pessoas com doença oncológica em fim de vida, contudo continua ainda a ser subtratada, variando o tratamento inadequado entre 31-65% das pessoas. A OMS considera trágico constatar que a dor oncológica, não é muitas vezes controlada por ausência de tratamento, ou por este ser inadequado, apesar de estar demonstrado que é possível em mais de 90% das pessoas o seu alívio, usando métodos simples de avaliação e utilização correta de medicação (Marques, 2003).

2.1.2. Dispneia

Este é um sintoma descrito como uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória, sendo particularmente angustiante e perturbador, podendo resultar num grande sofrimento para a pessoa e para a sua família. Porém, não existe sempre uma associação com hipoxia, podendo a pessoa experimentá-la em conjunto ou separadamente (Barbosa & Neto, 2010). A sua etiologia na fase final de vida é multifatorial variando desde fatores de natureza física a outros de natureza psíquica, social e espiritual (Barbosa & Neto, 2010; Weingärtner, et al, 2015; Corcoran, 2013). A sua incidência em pessoas com doença oncológica é de 50%, ou de 15 – 70% e em pessoas com cancro avançado, situa-se perto de 90% (Barbosa & Neto, 2010; Corcoran, 2013). Pode dever-se a neoplasia pulmonar ou de metástases pulmonares, toxicidade relacionada com a quimioterapia ou radioterapia ou com tratamentos

cirúrgicos na cavidade torácica ou derrame pulmonar. Embora a pessoa tenha patologia oncológica, este pode não ser o fator de risco para a dispneia, ao contrário dos seus antecedentes pessoais, como história de asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, alergias, ansiedade, insuficiência cardíaca congénita. Neste sentido, na identificação da dispneia, o relato da pessoa deve ser privilegiado, valorizando a história clínica referida por esta e os dados do exame objetivo. Para além da identificação do sintoma, é essencial avaliar o impacto deste sob o ponto de vista funcional e na qualidade de vida da pessoa (Corcoran, 2013; Barbosa & Neto, 2010).

Os exames complementares de diagnóstico, como análises laboratoriais de sangue, oximetria de pulso, gasimetria arterial, exames imagiológicos, podem contribuir para o seu diagnóstico. Este pode ter origem em fatores físicos como a dor, psicológicos como a ansiedade ou em fatores ambientais. A angústia que o mesmo provoca está associada a ideia de morte por sensação de se encontrar a sufocar. A autoavaliação da dispneia deverá ser valorizada utilizando escalas de avaliação que contemplem este sintoma, facilitando a sua avaliação e a decisão sobre a atitude terapêutica a ser realizada. Não obstante deverá ser avaliado o seu impacto na vida da pessoa, aplicando escalas de qualidade de vida, validadas para a população portuguesa como a St George Respiratory Questionnaire e a Chronic Respiratory Questionnaire. Outras escalas são particularmente dirigidas à pessoa com doença oncológica, porém necessitam ainda de ser validadas para a população portuguesa (Barbosa & Neto, 2010; Krishnasamy, Corner, Bredin, Plant & Bailey, 2001). Embora a dispneia seja um sintoma presente em mais de 50% das pessoas com doença oncológica em fim de vida, muitas vezes esta não é controlada de forma eficaz. A sua gestão continua a ser um desafio, verificando-se uma falta de diretrizes para a implementação de intervenções (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012; Hui, et al, 2013).

2.2. Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Katharine Kolcaba considera o conforto como o resultado das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional (Kolcaba, 1994). Engloba três estados de conforto: alívio (experiência de ter uma necessidade específica satisfeita, esta é necessária para o retorno à função anterior ou para uma morte pacífica), tranquilidade (estado de calma ou contentamento necessária para desempenhar eficazmente as atividades de vida diária) e transcendência (estado em que a pessoa

consegue superar os seus problemas). O conforto é assim o resultado desejável dos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita os ganhos de desempenho físico e/ou psicológico, sendo também essencial para uma morte pacífica uma vez que esta exige uma força psíquica para a aceitação e libertação. Estes estados são normalmente contínuos, sobrepõe-se e são interdependentes. Os contextos de experiência onde o conforto pode ocorrer são: físico (que diz respeito às sensações corporais), psico-espiritual (referente à consciência de si mesmo, incluindo estima, significado da vida e a sua relação com um ser ou uma ordem superior), sociocultural (relações interpessoais, familiares, sociais, culturais, incluindo relações financeiras, educacionais e de suporte) e ambiental (relacionado com a luz, ruídos, bem como meios institucionais e familiares que afetam o conforto). As medidas de conforto são definidas como, intervenções de enfermagem concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa. Sendo os enfermeiros motivados por um desejo de fazer o melhor pela pessoa alvo de cuidados, é possível compreender que o conforto é um elemento fundamental na prestação de cuidados de enfermagem (Kolcaba, 2003; Nunn, 2014). Este relaciona-se intimamente com a filosofia dos cuidados paliativos, uma vez que promove uma abordagem global do sofrimento das pessoas com doença oncológica em fim de vida, nas suas diferentes áreas (física, psicológica, social e espiritual), tendo como objetivo central o bem-estar tanto da pessoa como da sua família, com base nas suas necessidades e não apenas no prognóstico ou no diagnóstico, sendo oferecidos em qualquer fase da doença e prolongando-se no período de luto Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (DGS, 2004).

3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

A implementação do projeto de intervenção no serviço onde exerço funções partiu da prática baseada na evidência, sendo desenvolvidas diversas atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências que possibilitaram melhorar a qualidade dos cuidados implementados a pessoas com doença oncológica em fim de vida, com dor e dispneia.

3.1. Intervenção de Enfermagem e Prática Baseada na Evidência

A prática baseada na evidência (PBE) é considerada o elo entre a pesquisa pela melhor evidência científica disponível e a prática clínica, aplicando os resultados obtidos da pesquisa realizada na prestação de cuidados. Assim, esta representa uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas, consideradas as mais adequadas, prevendo-se que advenham os melhores resultados, otimizando os recursos disponíveis. A PBE vai de encontro à incumbência da enfermagem enquanto profissão e ciência, fundamentando a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento. Esta prática melhora a qualidade do cuidado e a diminuição dos custos, atribuindo à decisão clínica uma racionalidade custo-benefício alicerçado num valor ético (Pereira, Cardoso & Martins, 2012). Apesar da importância e benefícios descritos, nem sempre os enfermeiros utilizam o conhecimento obtido através da investigação para fundamentar a prática clínica. As principais barreiras a esta prática são, as questões individuais que resultam de problemas de interpretação e aplicação da evidência científica e organizacionais, sentindo os enfermeiros que não existe uma cultura organizacional facilitadora desta prática. O tempo, habilidades/capacidades e papel percebido na pesquisa são vistos como os principais constrangimentos na consecução da PBE entre os enfermeiros. Assim, é possível concluir que embora seja um dever dos enfermeiros garantir que a pessoa tenha os cuidados dirigidos à sua individualidade, nem sempre estes são prestados com base na melhor evidência (Pereira, Cardoso & Martins, 2012; Seymour, Kinn & Sutherland, 2003).

Neste sentido, tendo em conta o impacto que o descontrolo sintomático tem sobre a pessoa e sua família, com repercussões socioeconómicas significativas, pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica, bem como os custos indiretos elevados como a perda de produtividade e pela elevada prevalência da dor e a sua transversalidade pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros é recomendado uma obrigatoriedade de formação

adequada. A IASP e a European Federation of IASP Chapters (EFIC), recomendam que a formação em dor deve-se iniciar no período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional (OE, 2008; DGS, 2012).

Na prestação de cuidados centrados na pessoa com doença oncológica em fim de vida, a tomada de decisão deverá ser alicerçada no conhecimento científico, obtido através da pesquisa pela melhor evidência científica; na experiência clínica agregada na prática, ou seja, o conhecimento acumulado através das experiências profissionais; no conhecimento e experiência pessoal das pessoas alvo de cuidados e no contexto do local de trabalho, obtendo-se informações através de auditorias e conhecimento sobre a cultura e a política vigente (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2003). Para além da investigação realizada, a matriz teórica que a suporta permite desenvolver capacidades analíticas e pensamento crítico, clarificando valores e pressupostos, dirigindo os objetivos da prática, ensino e da investigação em enfermagem (Tomey & Alligood, 2002; Papathanasiou, Sklavou & Kourkout, 2013).

A boa prática sucede da aplicação de linhas orientadoras que fornecerão recomendações com vista a melhorar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde, garantindo que os cuidados prestados são baseados na melhor evidência científica disponível (OE, 2007; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014). O conhecimento da etiologia da dor e da dispneia, e o desenvolvimento de habilidades de avaliação e tratamento, permite aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, uma tomada de decisão segura, influenciando significativamente os cuidados prestados (Nunn, 2014). Cabe, assim, aos enfermeiros munirem-se de competências que lhes permitam prestar os melhores cuidados, contribuindo as revisões da literatura para a aquisição de novos conhecimentos otimizando os cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida (Mooney, 2001; OE, 2007).

Desta forma, tendo em conta a reflexão sobre a prática no serviço de implementação do projeto, bem como considerando as necessidades expressas pela equipa de enfermagem e retratadas nos registos efetuados, e a alta prevalência da dor e da dispneia é notória a necessidade de formação dos enfermeiros no que concerne às medidas de conforto a implementar à pessoa com doença oncológica em fim de vida, para controle destes sintomas. Assim, foi realizada uma revisão sistemática da literatura de forma a responder à questão PI(C)O: Quais as intervenções de enfermagem (Intervention) no controlo da dor e dispneia (Outcomes)

na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Population), num serviço de internamento hospitalar de cirurgia (Setting)? Esta revisão permite identificar um conjunto de estudos publicados no que diz respeito ao controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica, aqueles com superior qualidade metodológica, os resultados podem ser utilizados na prática. Estas revisões sistemáticas da literatura são importantes para integrar as informações de um conjunto de estudos, realizados separadamente, de um determinado fenómeno da investigação, bem como identificar temas que necessitem de evidência, contribuindo para investigações futuras (Vilelas, 2009). Os resultados obtidos através da sua realização encontram-se em Apêndice III. Através deles foi possível dar início à elaboração de uma proposta de um documento com linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e da dispneia à pessoa com doença oncológica em fim de vida, de forma a ser facilitador à equipa de enfermagem desenvolver medidas de conforto, baseadas na melhor e mais atual evidência científica. Esta prática vai ao encontro, do preconizado pela OE (2007), considerando-a como um exigência para a excelência e segurança dos cuidados.

3.2. Planeamento e ação

Na elaboração deste relatório, optou-se por descrever os objetivos delineados numa fase inicial do projeto de intervenção, sendo eles: 1) integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, tendo em conta a organização, dinâmica e funcionamento dos serviços; 2) identificar as intervenções de enfermagem na pessoa com doença crónica e paliativa na equipa multidisciplinar; 3) identificar medidas de conforto no alívio de sintomas, nomeadamente no que diz respeito à dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida; 4) implementar estratégias de intervenção do enfermeiro no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, no serviço de Cirurgia Geral e 5) avaliar os resultados obtidos com a implementação do projeto na mudança da prática de cuidados. Em cada objetivo foram expostas as atividades realizadas para os atingir, a sua pertinência, a forma como foram executadas e quais os resultados obtidos, bem como o contributo dos diversos locais de ensino clínico para os atingir. Canário (2007) refere que as competências profissionais são, em grande parte construídas no contexto de trabalho dando como exemplo a enfermagem, onde afirma que as aprendizagens mais importantes e significativas são realizadas em contexto hospitalar. Este contexto

influência o modo como a capacidade de aprendizagem é percebida. Para além do contexto, a transferência de conhecimentos entre pessoas é também um fator facilitador da aprendizagem, uma vez que mais do que a troca de conhecimentos entre profissionais e com a pessoa alvo de cuidados, proporciona-se uma decisão compartilhada, aconselhamento e prática de habilidades. Existe assim uma mobilização de saberes adquiridos anteriormente e aplicados a uma situação nova (Eraut, 2008). O projeto de intervenção, contendo o cronograma com a sequência e duração dos vários estágios, bem como a forma como será desenvolvido e implementado, encontra-se em Apêndice IV. Seguidamente, será apresentado o que foi desenvolvido nos estágios, tendo como organizador os objetivos traçados.

3.2.1. Objetivo 1: Integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, tendo em conta a organização, dinâmica e funcionamento dos serviços

De forma a melhor integrar a equipa multidisciplinar dos diversos locais de ensino clínico, foi elaborado um guião facilitador da observação e consulta (Apêndice V), auxiliando no conhecimento da estrutura física, organização, dinâmica dos serviços, manuais, protocolos e projetos existentes, bem como a proveniência da pessoa com doença oncológica, acolhimento e articulação com outros serviços promovendo a continuidade de cuidados.

Clínica da Dor. É um serviço localizado numa instituição hospitalar de referência em Portugal. De acordo com o guia de apoio à integração de novos enfermeiros do serviço, esta clínica tem como objetivos a avaliação, estudo clínico e tratamento de síndromes causados por neoplasias malignas e suas metástases, particularmente quando não for possível a sua eliminação pelo tratamento da lesão causal, de síndromes álgicas crónicas, não explicadas pela doença neoplásica, bem como apoio psicoterapêutico a estas pessoas, visando uma melhoria dos aspetos psicológicos relacionados com dor e/ou doença e consequentemente, da sua qualidade de vida. A investigação na área da dor, particularmente nos seus aspetos clínicos e terapêuticos e promoção do ensino e condutas no campo da dor, estabelecendo atitudes e procedimentos assentes em bases científicas e racionais é outro objetivo valorizado nesta clínica. Verifica-se através destes objetivos, que é um local onde para além de investir no alívio físico da dor destas pessoas, pretende da mesma forma, proporcionar tranquilidade e transcendência fornecendo-lhes recursos para que consigam superar as suas necessidades, contemplando o contexto físico,

psico-espiritual, sociocultural e ambiental, onde a dor tem significativo impacto (Kolcaba, 2003).

Este local vai, assim de encontro ao enunciado pelo PNLCD referindo que quando existe complexidade de diagnóstico, necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou dificuldade no controlo da dor, pode conduzir à referenciação da pessoa a estruturas de saúde mais diferenciadas, com profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor. As Unidades de Dor mais diferenciadas devem integrar o topo de um sistema de referenciação, baseado na complexidade crescente da situação clínica e/ou da estratégia terapêutica (DGS, 2008).

A Clínica da dor dispõe de um conjunto de recursos humanos, englobando os diferentes setores profissionais que intervêm junto à pessoa com doença oncológica com dor e sua família. É constituída por quatro médicos, cujas especialidades são anestesia, neurologia, psiquiatria e fisioterapia, cinco enfermeiros com supervisão de uma enfermeira coordenadora, uma psicóloga clínica, assistente social e uma secretária de unidade. Articula-se ainda com o serviço de medicina física e reabilitação. Funciona em espaço próprio, com atividade diária organizada, funcionando todos os dias úteis das 8h00 às 17h00, sendo desta forma considerada, uma Unidade Multidisciplinar de Dor, de acordo com a DGS (2013). Destina-se essencialmente a pessoas internadas no Hospital onde se insere, com situações álgicas de difícil controlo. No entanto, pessoas que se encontrem noutras instituições, após inscrição na consulta, serão atendidas da mesma forma para o controlo do quadro álgico.

Na realização deste ensino clínico, foi-me possível observar 29 consultas de primeira vez e 36 consultas subsequentes, sendo toda a população constituída por pessoas com doença oncológica. Foi possível perceber que relativamente às consultas de primeira vez cerca de 13,8% (4 pessoas) referiram dor ligeira, 51,7% (15 pessoas) dor moderada e 34,5% (10 pessoas) dor intensa. No que concerne às consultas subsequentes, estas são agendadas, de acordo com a necessidade da pessoa, entre um a três meses, após a primeira consulta. Devido ao tempo escasso, deste ensino clínico (96 horas), não foi possível realizar a observação de consultas subsequentes, após ter participado na consulta de primeira vez. No entanto, sendo de grande importância a determinação do nível de conforto em que a pessoa se encontra, para que seja possível determinar a necessidade de planear ou implementar novas intervenções dirigidas ao conforto (Kolcaba, 2003), foram analisados os registos

clínicos e estabelecidos os contactos telefónicos previstos, percebendo-se a resposta às medidas de conforto implementadas. Verificou-se, da análise aos registos das consultas de primeira vez, que cerca de 13,9% (5 pessoas) referiam dor ligeira, 25% (9 pessoas) dor moderada e 61,1% (22 pessoas) dor intensa. Da observação das consultas subsequentes a estas mesmas pessoas averiguou-se que 44,2% (16 pessoas) refiram dor ligeira, 38,6% (14 pessoas) dor moderada e 17,2% (6 pessoas) dor intensa. É assim, possível verificar que nas consultas de primeira vez a dor intensa apresenta uma elevada prevalência, porém nas consultas subsequentes existe uma diminuição significativa, da intensidade desta.

Serviço de Internamento em CP, situado numa instituição hospitalar privada tem como missão proporcionar apoio de forma global à pessoa com doença grave, avançada e/ou incurável e seus familiares através da prestação de cuidados paliativos de qualidade, proporcionando-lhe desta forma bem-estar e dignidade. É considerada uma unidade de nível III, de acordo com o PNCP (DGS, 2004), ou seja, para além de prestar cuidados paliativos numa unidade de internamento próprio, por equipas diferenciadas e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. Paralelamente desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada, bem como atividades regulares de investigação nesta área e possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência.

Os seus objetivos, de acordo com o guião de apoio à integração de novos enfermeiros deste serviço, são o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de pessoas em situação clínica complexa, associada a sofrimento decorrente da doença avançada oncológica ou não, incurável e progressiva. Os cuidados são prestados à pessoa e sua família, de forma ativa e personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada. Na prestação de cuidados paliativos é visado a prevenção e intervenção no sofrimento da pessoa com doença grave e incurável e da sua família. Estes cuidados integram a avaliação das necessidades; estabelecimento de objetivos terapêuticos; cuidados ativos, globais e integrados; educação e formação. O acompanhamento e tratamento é realizado numa

perspetiva global da pessoa portadora de uma doença severa e/ou crónica oncológica ou não, que necessita de cuidados paliativos e seus familiares. É demonstrado respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa, como ser único e autónomo, bem como demonstrada acessibilidade e disponibilidade. Para assegurar a qualidade dos cuidados é promovida uma reflexão em equipa multidisciplinar pelo menos uma vez por dia, discutindo todos os casos clínicos. Desta forma, é privilegiado a promoção do conforto em pessoas em fim de vida, conseguido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto nos quatro contextos da experiência, influenciando-se mutuamente, sendo mais do que a ausência de dor ou de outros desconfortos físicos (Kolcaba, 1994, 2003).

Este serviço realiza ainda o desenvolvimento de atividades na área de consultadoria nos diferentes serviços agudos do mesmo hospital, colabora com organismos estatais, sociedades científicas e profissionais credíveis na área de cuidados paliativos e promove iniciativas (assistenciais, de investigação, formação e sensibilização), com vista à dinamização científica e da sociedade em geral, de temas no âmbito dos cuidados paliativos, bem como avalia periodicamente os cuidados prestados neste serviço. A formação contínua é um componente essencial, sendo uma prioridade tendo em conta as necessidades dos profissionais na procura da melhor qualidade nos cuidados prestados. Esta prática vai ao encontro do definido pela OE, que defende que o enfermeiro deverá ser um formador em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formais formativos, facilitando a aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, assim como ser dinamizador e gestor da incorporação de novos conhecimentos, no contexto da prática, obtendo ganhos em saúde (OE, 2010).

Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica localizada na instituição hospitalar onde exerce funções é capacitada para o tratamento de pessoas com dor, seja em ambulatório, internamento ou em situação de urgência. Funciona em espaço próprio, possui atividade diária organizada, registo de doentes e coordenador. Tem competência para dar resposta a situações de dor crónica, oncológica ou não, dor aguda não cirúrgica e agudizações de dor crónica. É constituída por uma equipa multidisciplinar, de forma a poder abordar a vertente física, psíquica, social e espiritual da pessoa com dor. Assim a equipa é constituída por três médicos anestesistas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga e tem ainda apoio da nutricionista,

de um neurocirurgião, de um terapeuta ocupacional e de um fisioterapeuta, sendo considerada de acordo com o PNLCD (DGS, 2008), como uma Unidade Multidisciplinar de Dor. A consulta de enfermagem funciona todos os dias úteis, das 8h30 às 17h00 e tem como objetivos, de acordo com o guia de acolhimento a novos enfermeiros do serviço, promover a autonomia da pessoa no conhecimento, vigilância e controlo da sua dor crónica e assim capacita-la bem como ao seu cuidador de forma a alcançar a autonomia no controlo da dor; facilitar a adaptação à sua condição de saúde; aumentar a segurança, satisfação e confiança nos profissionais e nas medidas de conforto implementadas, reduzir as comorbilidades associadas ao não controlo da dor, os internamentos por descontrolo do quadro algico, bem como o número de dias de incapacidade temporária para o trabalho. Assim, são implementadas medidas de “Coaching”, destinadas a aliviar a ansiedade, dar segurança e informação, tendo uma escuta ativa, auxiliando no estabelecimento de um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte (Kolcaba, 2003).

De acordo com as estatísticas de 2014, apenas 30% da população que se dirige a este serviço apresenta doença oncológica. Das 80 horas dirigidas a este estágio foi possível observar 18 consultas de primeira vez e 48 consultas subsequentes. Das consultas de primeira vez 12% (2 pessoas) apresentavam dor ligeira, 68,7% (12 pessoas) dor moderada, 19,2% (3 pessoas) dor intensa e 0,1% (1 pessoa) dor insuportável. Quanto às consultas subsequentes, à semelhança do realizado na Clínica da Dor, foram analisados os registos das consultas de primeira vez, percebendo-se que 4,2% (2 pessoas) referiam dor ligeira, 35,4% (17 pessoas) dor moderada e 60,4% (29 pessoas) dor intensa. Da observação das consultas subsequentes a estas mesmas pessoas verificou-se que, 52,4% (25 pessoas) referia dor ligeira, 36,6% (18 pessoas) dor moderada e 11% (5 pessoas) afirmava apresentar dor intensa. É possível concluir que, as pessoas que se dirigiam a esta unidade pela primeira vez tinham uma maior prevalência de dor intensa. Através das medidas de conforto aplicadas e avaliadas nas consultas subsequentes verificou-se uma diminuição da sua intensidade, aumentando as pessoas que referiam dor ligeira.

EIHSCP situada igualmente na instituição onde exerço funções tem, de acordo com o guia de acolhimento a novos enfermeiros do serviço, a missão de garantir apoio e suporte específico e organizado, a pessoas doentes e suas famílias/cuidadores, que enfrentam doenças do foro oncológico ou não, avançadas e/ou incuráveis e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do seu sofrimento total, com

recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso e integral dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, visando otimizar a sua qualidade de vida e promover cuidados de conforto. Neste sentido, os cuidados de enfermagem realizados visam facilitar a obtenção de um estado de equilíbrio que se traduz no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural, providenciando cuidados de excelência (OE, 2001).

Os seus objetivos são prestar apoio, sob a forma de consultadoria interna, às pessoas internadas que necessitem de cuidados paliativos, prestar apoio assistencial, sob a forma de Consulta Externa e Atendimento Telefónico, às pessoas que se encontram em regime ambulatorio. A promoção e colaboração em atividades de formação contínua, no âmbito dos cuidados paliativos, direcionadas aos vários grupos profissionais da instituição hospitalar, a colaboração em atividades de formação pré e pós-graduada neste tipo de cuidados, bem como a promoção e incentivo de atividades de investigação na área dos cuidados paliativos, isoladamente e/ou em colaboração com entidades que se revelem interessadas nesta matéria, são também objetivos valorizados nesta equipa. Neste sentido, encontra-se no nível I do PNCP, sendo uma equipa que presta cuidados através de elementos multidisciplinares, com formação diferenciada que podem estar diretamente envolvidos nos cuidados ou dar apoio a outras equipas (DGS, 2004). A sua constituição engloba uma médica, 2 enfermeiros, uma psicóloga e uma assistente social, todos com formação avançada em cuidados paliativos. Funciona todos os dias úteis entre as 8h00 às 16h00.

3.2.2. Objetivo 2: Identificar as intervenções de enfermagem em pessoa com doença crónica e paliativa na equipa multidisciplinar

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção de medidas de conforto a pessoas com doença oncológica em fim de vida e sua família, garantindo o direito à informação e à tomada de decisão. A sua omissão ou subvalorização poderá comprometer o bem-estar desta, sendo importante a identificação e a reflexão sobre o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar no controlo sintomático, nomeadamente da dor e da dispneia.

Clínica de Dor e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica: O enfermeiro, sendo o profissional de saúde que mais tempo passa com a pessoa com doença oncológica em fim de vida, tem um papel fundamental na avaliação e registo da dor de forma real e objetiva. De acordo com o Código Deontológico de Enfermagem

(CDE), artigo 83º, este deverá assegurar a continuidade de cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas (OE, 2009). Paralelamente, deverá comunicar com consistência informação relevante sobre o estado de saúde da pessoa de forma oral, escrita e eletrónica, no respeito pela sua área de competência (OE, 2012). Assim, é implícito a importância do registo, sendo um padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem. Verifica-se ser uma boa prática, que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, uma vez que só com a monitorização regular desta em todas as suas vertentes é possível obter sucesso na estratégia terapêutica. Este registo deve constar na folha de registo de sinais vitais, com um espaço próprio (DGS, 2012). Da sua omissão ou subvalorização poderá resultar consequências que comprometerão o bem-estar da pessoa e sua família e consequentemente o seu conforto. O registo revela-se uma ferramenta fundamental, na promoção da continuidade das medidas de conforto para o controlo sintomático e desta forma melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e consequentemente, aumentar o conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família.

A discussão em equipa multidisciplinar permitiu obter contributos de diferentes profissionais, no sentido de abranger todas as necessidades da pessoa em fim de vida e sua família, desenvolvendo uma prática reflexiva. Várias são as definições de prática reflexiva, sendo este um conceito importante para a capacitação dos enfermeiros na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004). Neste sentido, é possível compreender que a maior barreira para o controlo sintomático efetivo é a avaliação inadequada da dor e da dispneia. Esta pode ser consequência do *déficit* de conhecimentos dos profissionais, levando à subvalorização da multidimensionalidade destes sintomas, bem como o impacto que produzem na vida das pessoas com doença oncológica e sua família. Este *déficit* de conhecimentos sobre as recomendações de boa prática no seu controlo traduzem-se em receios na indução da dependência de opióides ou na prevenção de efeitos secundários resultantes da sua utilização (Zhi & Smith, 2015; Boveldt, et al., 2014; Besse, et al., 2014). Percebeu-se também, que culpa das principais dificuldades em implementar medidas de conforto para controle da dor e da dispneia deve-se ao facto, de alguns profissionais se centrarem no sintoma e não na pessoa. Revela-se assim, importante o trabalho em equipa multidisciplinar, onde para além dos profissionais, se encontra inserido a pessoa com doença oncológica e sua família.

Desta forma, é possível implementar intervenções englobando as várias vertentes afetadas pelo descontrolo destes sintomas, indo para além da doença, o que se tornaria limitativo com a intervenção realizada apenas por um profissional (Bartley, Webb & Bayly, 2015; Chapman, 2012; Strong et al, 2012).

As consultas externas e a consultadoria interna em parceria com os serviços de internamento relevaram-se uma mais-valia para reduzir incertezas através da consultadoria, bem como na implementação de boas práticas recomendadas pela evidência científica para o controlo da dor. Nestes locais constatou-se que muitas das pessoas referenciadas para estas unidades, eram-no de forma incorreta ou o formulário institucional de referenciação encontrava-se incompleto, nomeadamente pelo diagnóstico de dor crónica, pela terapêutica anteriormente instituída ou o número de regastes administrados para o controlo da dor. Esta dificuldade na referenciação é sentida tanto no serviço onde exerço funções, como na Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica da mesma instituição, resultando numa dificuldade na articulação entre serviços. Neste sentido, após discussão com a equipa multidisciplinar de ambos os serviços, foi elaborado um fluxograma de referenciação de pessoas com dor crónica de difícil controlo, disponível em Apêndice VI. Neste encontra-se descrito a diferença entre dor crónica e aguda, como poderá ser formalizada a referenciação e os critérios de inclusão para a mesma, sendo eles o estabelecimento prévio de um esquema terapêutico sem sucesso no controlo do quadro algico, o elevado número de regates administrados e o pedido de colaboração pela especialidade médica onde conste o resumo da informação clínica. Este fluxograma foi aprovado por ambos os serviços, encontrando-se disponível à equipa multidisciplinar para a sua utilização. Sendo esta uma unidade de dor crónica, esta referenciação não inclui apenas as pessoas com doença oncológica mas todas aquelas que vivenciam dor crónica descontrolada, indo de encontro ao direito das pessoas em obterem o controlo da dor, bem como um dever dos profissionais de proporcionar esse controlo (OE, 2008).

Serviço de Internamento de CP e EIHSCP: A multidimensionalidade e complexidade dos sintomas que afetam a pessoa com doença oncológica e sua família exigem que todos os elementos trabalhem tendo como objetivo final, proporcionar o seu alívio e conforto. Os enfermeiros deverão valorizar todas as características e experiências da pessoa, o que exige uma atitude que não se concentre apenas no diagnóstico, ou que valorize as tarefas e procedimentos que dominam o quotidiano, proporcionando medidas de conforto direcionadas à

individualidade da pessoa com doença oncológica e sua família (Centeno, Sancho, Nabal, & Pascual, 2009). Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, configuram reflexão sobre o exercício profissional de enfermagem com o objetivo da sua excelência no estabelecimento de efetiva relação terapêutica que permite ir ao encontro das necessidades da pessoa com doença oncológica e sua família, tornando-os proactivos da gestão dos seus sintomas (OE, 2001).

Encontrando-se um significativo número de pessoas com necessidade de medidas paliativas em serviços de internamento de agudos, torna-se fundamental a introdução de equipas de suporte a estes cuidados, em serviços não especializados em cuidados paliativos. A articulação de ambas as equipas permite responder às necessidades da pessoa com doença oncológica, proporcionando uma diminuição da ansiedade e sofrimento, ajudando a pessoa e sua família a enfrentarem da melhor forma o seu diagnóstico e prognóstico, diminuindo os tratamentos agressivos e fúteis, levando ao aumento do conforto destes. De acordo com a evidência científica a introdução precoce de equipas de cuidados paliativos reduz a carga desconfortável de cada sintoma. Tendo a dor e a dispneia uma elevada incidência em pessoas com doença oncológica em fim de vida, verifica-se que esta articulação é benéfica para a sobrevida destas pessoas, bem como diminui de forma substancial os custos envolvidos com os cuidados realizados (Zhi & Smith, 2015). A realização dos estágios nestes serviços, possibilitou averiguar que através da resposta dada às necessidades da pessoa e sua família, nomeadamente controlando a dor e a dispneia, os tempos de internamento eram mais curtos, sendo realizada de acordo com as necessidades identificadas, uma articulação com os recursos da comunidade, nomeadamente Centros de Saúde e Serviços Sociais ou mesmo a referenciação para Unidades de Cuidados Paliativos, tendo em conta as preferências e necessidades da pessoa e família. Porém, refletindo sobre a prática e discutindo a mesma em equipa multidisciplinar, verificou-se uma falta de consciência ou de conhecimento para a referenciação ou integração dos cuidados paliativos em serviços de agudos. A sociedade e os próprios profissionais de saúde associam ainda os cuidados paliativos a “uma sentença de morte”, quando, de acordo com a literatura, os cuidados paliativos estão associados a uma melhor sobrevida, bem como a uma melhor gestão de sintomas e consequentemente ao aumento do conforto. Paralelamente, os serviços de agudos têm um papel fundamental na prestação de ações paliativas, nomeadamente no controlo sintomático de forma a proporcionar um maior conforto à

pessoa com doença oncológica. Assim, é recomendado uma maior ênfase na formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, de forma a aumentar conhecimentos atualizados sobre a sua importância bem como os seus benefícios (Zhi & Smith, 2015).

Outra dificuldade constatada é a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas com doença oncológica em fim de vida, nomeadamente a clarificação de informações sobre diagnóstico, prognóstico e objetivos dos cuidados (Zhi & Smith, 2015). Esta dificuldade em comunicar por parte dos profissionais, prende-se com a pouca formação e a falta de conhecimentos sobre muitas práticas de cuidados paliativos, que dão resposta às necessidades das pessoas e seus familiares (Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2015; Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011). De acordo com Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein (2006), esta realidade ocorre por o final do tratamento curativo ser um ponto destinto do início dos cuidados paliativos. Se a abordagem paliativa fosse gradualmente adotada de acordo com a evolução da doença, tal como recomendado pela evidência científica, esta transição seria facilitada, sem entraves na comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas com doença oncológica em fim de vida. Assim, é possível compreender que uma comunicação eficaz é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica. A obtenção do feedback da pessoa com doença oncológica em fim de vida, sobre as informações disponibilizadas ajuda a identificar lacunas, aumentar a parceria e a confiança nos cuidados (Zhi & Smith, 2015). Desta forma, os enfermeiros desempenham um papel importante na resposta às necessidades de informação das pessoas com doença oncológica e sua família, assegurando um ambiente tranquilo, confortável e privado, com tempo interrupto e demonstrando disponibilidade, bem como a inclusão da pessoa significativa nos cuidados (Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein, 2006). Verificou-se que a comunicação eficaz com o respeito pela individualidade de cada um aumentou a satisfação tanto da pessoa como da sua família (Beckstrand, Collette, Callister & Luthy, 2012). Exemplo disso é a conferência familiar, tendo realizado uma reflexão crítica sobre uma em que pude participar, e onde foi discutida a evolução da perspetiva do tratamento curativo para os cuidados paliativos, tornando-se fundamental para o desenvolvimento de competências pessoais, uma vez que esta é uma das dificuldades sentidas no serviço onde exerço funções, encontrando-se em Apêndice VII. Esta revelou-se essencial na clarificação de objetivos, reforço da resolução de problemas, prestação de apoio e

aconselhamento (Neto, 2003). O direito à informação e tomada de decisão encontra-se ancorado no CDE, no artigo 84º. Tendo em conta a autodeterminação, o enfermeiro deve informar a pessoa e a família sobre os cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todos os pedidos de informação ou explicação feito pela pessoa relativamente aos cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que este pode ter acesso, bem como a forma de os obter, reduzindo assim a incerteza e criando uma relação de confiança (OE, 2009).

3.2.3. Objetivo 3: Identificar medidas de conforto no alívio de sintomas, nomeadamente no que diz respeito à dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida

Nas pessoas com doença oncológica em fim de vida, torna-se fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto, tanto da pessoa como da sua família, sendo esta a unidade objeto de cuidados, oferecendo cuidados globais, seja a nível físico como, psíquico, social e espiritual, promovendo a sua dignidade e autonomia e prestando cuidados ativos, numa base de respeito, conforto e apoio (Barbosa & Neto, 2010).

Clínica da Dor e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. A avaliação inicial e contínua da dor tem o objetivo de esclarecer tanto a avaliação global das necessidades, como ajudar na elaboração de um plano de cuidados que permita a promoção de medidas de conforto que vão de encontro à individualidade da pessoa e sua família. Os dados de avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, bem como para a prescrição terapêutica e avaliação das medidas de conforto implementadas (Pimenta & Ferreira, 2006; Metzger, et al., 2002; Barbosa & Neto, 2010). Desta forma, em ambos os locais, a avaliação inicial era realizada numa consulta de primeira vez, onde ocorria o primeiro contato da pessoa e sua família com estes serviços. O enfermeiro realiza a primeira avaliação global da pessoa, sendo aplicado o Inventário Resumido de Dor (BPI). Este é um instrumento de autoavaliação multidimensional, que fornece informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais da pessoa com dor crónica. A evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reproduzível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor (Azevedo et al 2007).

Assim, é possível avaliar a dor e o seu impacto nas atividades de vida, bem como o alívio obtido através do regime terapêutico.

Tal como recomendado na evidência científica, foi privilegiado o autorrelato, pelo carácter pessoal e subjetivo deste sintoma. Os instrumentos apontados na evidência científica como mais utilizados são a Escala de Avaliação Numérica (EAN) e a Escala Qualitativa, tendo correspondido aos instrumentos com maior utilização nestes locais. Por sua vez a Escala Visual Analógica foi a menos utilizada, devido a sua subjetividade e difícil quantificação (Ripamonti, et al., 2012; Besse, et al., 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013; NCCN, 2014). A sua aplicação foi realizada após ensinamentos dirigidos à pessoa e sua família sobre os mesmos, mostrando-lhes os instrumentos e assegurando a sua compreensão (OE, 2008; Metzger, et al., 2002). O registo destes instrumentos mostrou-se fulcral para avaliar a intensidade de dor nas consultas subsequentes, sendo assegurada a utilização da mesma escala em todas as avaliações daquela pessoa, exceto se a situação clínica justificasse uma mudança. Desta forma, foi possível, avaliar a evolução da intensidade da dor e a resposta às medidas implementadas, ouvindo a pessoa e determinando o nível de conforto em que se encontra (Kolcaba, 2003).

Quando a autoavaliação não era possível, pela incapacidade de comunicar verbalmente ou por alterações cognitivas, recorreu-se às escalas de heteroavaliação, que através da observação de comportamentos como a expressão facial, movimentos corporais, verbalização ou vocalizações, mudanças nas atividades de rotina, permitem avaliar a presença de dor mas não a sua intensidade (Ripamonti, et al., 2012; NCCN, 2014). Verificou-se através dos registos e de acordo com a equipa de enfermagem de ambos os locais, que a mais utilizada é a Escala de Avaliação da Dor na Demência Avançada (PAINAD), sendo mais simples de aplicar relativamente à Escala de Doloplus (Avaliação Comportamental na Pessoa Idosa). A primeira é constituída por cinco itens: respiração independente da vocalização, vocalizações negativas, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade (Batalha, Duarte, Rosário, Costa, Pereira & Morgado, 2012). Por sua vez a Escala Doloplus é composta por dez itens distribuídos em três domínios: somático, psicomotor e psicossocial (Holen, Saltvedt, Fayers, Hjerstad, Loge, & Kaasa, 2007; OE, 2008).

Durante a apreciação da dor, surgiu a oportunidade de verificar e realizar em pessoas com doença oncológica em fim de vida, a avaliação das características da mesma, como a sua localização que para além de se encontrar descrita era incluída

no diagrama corporal existente na folha de registo, facilitando a visualização rápida do local. Era ainda avaliado a presença ou não de irradiação, a sua duração, frequência, tipo de dor (neuropática, visceral, somática ou mista), padrão de dor (contínua ou irruptiva), fatores de alívio e exacerbação, resposta ao esquema analgésico e à medicação de resgate, interferência nas atividades de vida diária e a existência de outros sintomas associados. Foi também dada relevância às estratégias de *coping* utilizadas, o conhecimento ou percepção sobre a doença tanto da pessoa doente como do seu cuidador, as expectativas para o seu alívio, bem como a presença de opióidofobia, no sentido de adaptar as medidas de conforto direcionadas à pessoa. A classificação da dor como irruptiva, incidental ou fim de dose ajudou na decisão das medidas farmacológicas e não farmacológicas a serem implementadas, bem como na posterior avaliação dos resultados em consultas subsequentes, indo de encontro ao recomendado pela evidência científica. Foi ainda privilegiado a avaliação do impacto emocional, socioeconómico e espiritual associado à vivência dolorosa, sendo utilizado pelos psicólogos, os termómetros emocionais na avaliação dos níveis de *distress*.

Procurou-se trabalhar em equipa multidisciplinar, resultando assim em mais-valias para a pessoa e sua família dado o carácter multidimensional da dor, promovendo medidas de suporte social ou psicológico. Desta forma, foi tido em conta as recomendações da evidência científica, constando na apreciação da dor o nível de preocupação relativamente à doença, à ansiedade, depressão, ideação suicida, ambiente social, problemas de comunicação, transtornos de personalidade e preocupações espirituais (Ripamonti, et al., 2012; NCCN, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013). Para que da melhor forma fosse possível verificar o impacto da dor na pessoa com doença oncológica, foi elaborada uma reflexão crítica, expondo o caso de um senhor em que o descontrolo deste sintoma teve repercussões nas vertentes física, psico-espiritual, sociocultural e ambiental (Apêndice VIII). Foi desenvolvido um trabalho em equipa multidisciplinar, de forma a dar resposta a todas as necessidades identificadas, na apreciação completa da dor inicialmente realizada. Foram conjugadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas para aliviar a intensidade da dor, diminuindo a sensação de impotência do senhor e da sua família. Das intervenções implementadas resultou o aumento do conforto do senhor, sendo satisfeitas as necessidades ao nível dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental) (Kolcaba, 2003).

A abordagem por uma equipa multidisciplinar é recomendada pela OMS (2002), referindo que esta colabora para que os cuidados de saúde sejam realizados de forma holística. Cada membro da equipa desempenha um papel importante na implementação de medidas de conforto centradas na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Strong et al, 2012). Juntamente com a experiência de gestão de sintomas e apoio psicológico, os enfermeiros são capazes de facilitar intervenções, quando necessário, através de assistência prática, aconselhamento e implementação de cuidados individualizados (Bartley, Webb, Bayly, 2015). Os serviços de internamento revelam alguma dificuldade na apreciação e registo da dor, o que se traduz em pessoas com quadros algícos de difícil controlo e consequentemente a solicitação de apoio destas unidades. A literatura recomenda a formação pré e pós graduada contínua na gestão da dor (OE, 2008; DGS, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014). Através da consultadoria interna foi possível participar em ensinamentos dirigidos à equipa de enfermagem e restantes profissionais, sobre a importância da completa apreciação da dor, bem como a utilização de fármacos dirigidos à sua intensidade, tendo em conta a monitorização, vigilância e controlo de efeitos secundários nomeadamente pela utilização de opióides.

Serviço de Internamento em CP e EIHS CP: Para que fosse possível ir de encontro às necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, foi essencial realizar uma colheita de dados que incluísse a história da dor e da dispneia da mesma, procurando ainda apoio nos exames complementares de diagnóstico. Uma vez que o descontrolo sintomático tem um profundo impacto na vida da pessoa e sua família, os cuidados foram dirigidos de forma a diminuir o sofrimento causado por este, proporcionando suporte a nível emocional, espiritual e social (Barbosa & Neto, 2010; Ripamonti, et al., 2012; Raymond, et al, 2010). Desta forma, procurou-se identificar as necessidades de conforto, definidas por Kolcaba (2003), como a existência de um *déficit* de conforto (alívio/tranquilidade/transcendência) nos contextos físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental, para que fosse possível o estabelecimento de um plano de cuidados que desse resposta a essas mesmas necessidades.

As escalas de avaliação utilizadas, à semelhança dos anteriores locais de estágio, foram a EAN e a escala qualitativa. Para obter uma avaliação multidimensional foi ainda privilegiado a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e a Palliative Care Outcome Scale – Sintomas (POS-S).

Relativamente à ESAS, é uma escala que auxilia na avaliação de nove sintomas, de entre os quais a dor e a dispneia. Esta fornece um perfil clínico da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. Por sua vez a POS-S, inclui dez sintomas estando a dor e dispneia presentes. Esta escala para além da pontuação numérica tem também itens descritivos, sendo a sua utilização privilegiada na população com dificuldade em atribuir um número que quantifique a intensidade do sintoma. Neste sentido, foi possível monitorizar as mudanças ao longo do tempo e avaliar as medidas de conforto implementadas (Siegert, Goa, Walkey, Higginson, 2010). A opinião da pessoa sobre a severidade dos sintomas é o "padrão de ouro", para a avaliação dos mesmos (Ben-Aharon, et al., 2012).

Para atingir uma boa gestão dos sintomas, estas escalas foram usadas apenas como uma parte de uma avaliação clínica. Durante a permanência ou a visita ao internamento foi reconhecido que a pessoa é a melhor avaliadora dos seus sintomas, proporcionando-se tempo para uma melhor comunicação da experiência vivenciada pelo descontrolo sintomático, tendo em conta as formas habituais de comunicar, manifestar ou expressar o desconforto produzido pela dor e dispneia. Desta forma, foi possível compreender o impacto que o desconforto tem na vida da pessoa, os fatores de alívio e exacerbação, a existência de outros sintomas associados, bem como qual o nível de conforto que a pessoa considera ter atingido (Raymond, et al, 2010). A apreciação criteriosa destes sintomas é essencial para estabelecer os elementos determinantes ou contribuintes para o descontrolo sintomático, conhecer as consequências e limitações deste descontrolo na vida da pessoa com doença oncológica em fim de vida bem como da sua família, nortear a escolha das medidas de conforto a serem implementadas, e auxiliar na avaliação das intervenções desenvolvidas para otimizar o conforto (Barbosa & Neto, 2010; Ripamonti, et al, 2012; Raymond, et al, 2010).

O desenvolvimento destes estágios permitiu ainda, verificar que as pessoas recorrem a estes serviços devido à progressão da doença, efeitos adversos dos tratamentos oncológicos como quimioterapia, radioterapia, cirurgia, bem como a existência de comorbidades prévias descompensadas, tal como retratado na evidência científica (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013; NCCN, 2014).

Clínica de Dor e Unidade Multidisciplinar de Dor: De forma a dar resposta ao quadro algico de acordo com a sua intensidade, foi fundamental consolidar o conhecimento sobre a utilização da escada analgésica da OMS, que orienta o uso de

analgésicos para o alívio da dor oncológica, permitindo flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013; Chapman, 2012). Nestas unidades de dor diferenciadas, foi possível aprofundar conhecimentos sobre os fármacos mais utilizados de acordo com cada degrau da escada analgésica, bem como as diversas formas de apresentação na farmacêutica portuguesa. Foi ainda possibilitado a sua manipulação, tendo em conta as indicações, interações medicamentosas, farmacocinética, farmacodinâmica, contraindicações e efeitos sinérgicos e secundários. A participação no processo de escolha da via de administração, tendo em conta a preferência da pessoa, a facilidade na adesão terapêutica, bem como a sua adequação à intensidade da dor e conforto, foi outra intervenção realizada nestes locais que permitiram aprofundar conhecimentos sobre as medidas farmacológicas a aplicar. Verificou-se uma preferência na utilização de vias não invasivas, uma vez que são mais fáceis e simples de serem geridas pela pessoa e/ou seus familiares, tal como sugerido pela evidência científica. A via mais utilizada recaía na oral, sendo a via transdérmica considerada quando as doses já se encontravam devidamente tituladas. Na dor moderada a intensa, era tido em conta as formulações sublinguais que possuem melhor biodisponibilidade e ignoram a depuração hepática (NCCN, 2014; Ripamonti, et al., 2012; Caraceni et al, 2012).

Igualmente, o contacto com a prescrição realizada foi fundamental para consolidar conhecimentos sobre a titulação de opióides, uma vez que as doses iniciais poderiam não ser eficazes, a doença poderia progredir ou ao longo do tempo poder-se-ia desenvolver uma tolerância a uma dose estável (Yamaguchi, et al., 2013; Ripamonti, et al., 2012). Quando o equilíbrio entre o alívio da dor e os efeitos secundários não foi atingido, optou-se pela rotação de opióides, de forma a proporcionar maior conforto à pessoa. A observação da equianalgesia foi outra vertente que contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre a farmacodinâmica, bem como a redução dos efeitos secundários da utilização de opióides, nomeadamente as náuseas e vômitos, obstipação e toxicidade do sistema nervoso central (Caraceni et al, 2012; Dale, Moksnes & Kaasa, 2010; Paice & Ferrell, 2011; Yamaguchi, et al., 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

A implementação de medidas de conforto a pessoas com dor neuropática, óssea e irruptiva, consideradas condições dolorosas de difícil gestão, possibilitou a discussão de casos em equipa multidisciplinar, conduzindo à solidificação dos conhecimentos obtidos através da revisão da literatura realizada (Caraceni et al, 2012;

Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013). Relativamente à abordagem diferencial da dor neuropática, foi discutida a Norma nº 043/2011 da DGS e atualizada em 2014 sobre o tratamento farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso, disponível em ambos os serviços, permitindo a sua análise junto à equipa multidisciplinar (DGS, 2014). Foi ainda possibilitada a participação em tratamentos com Capsaïcina 8% em adesivo cutâneo. Este é um anestésico local, com o qual pude ter contacto nos locais especializados no controlo da dor neuropática grave, revelando-se de acordo com equipa de enfermagem de ambos os locais, um recurso válido e eficaz no tratamento da dor neuropática periférica. O alívio da dor resultante de uma única aplicação é de longa duração, o que proporciona à pessoa uma elevada autonomia na gestão do seu tratamento (Backonia, Malan, Vanhove & Tobias, 2010). Num estudo realizado na Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, no decorrer do ano 2013 - 2014, em 74 pessoas a quem foi realizado este tratamento na EAN com dor 8-10, cerca de 71% teve uma redução substancial de dor, sendo que cerca de 54%, nas consultas telefónicas subsequentes referiu na EAN dor de 3-4 e 17% sem dor na EAN, afirmando uma melhoria considerável do seu conforto e aumento da autonomia. A adição de fármacos adjuvantes à terapêutica analgésica, principalmente no tratamento da dor neuropática, pela natureza única deste tipo de dor, permitiu corrigir os efeitos adversos desta, melhorando o controlo da dor e auxiliando na componente psicológica como a ansiedade e a insônia (Yamaguchi, et al., 2013; Caraceni et al, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

Na rotação de opióides, foi considerada a metadona, que apresenta uma excelente biodisponibilidade oral, cerca de 85% e tem uma longa duração de ação, o que resulta em intervalos de administração mais longos (de 8 a 12 horas). Este fármaco constitui-se uma alternativa à morfina oral, apresentando custos inferiores, porém pelas suas características farmacocinéticas específicas e a sua semivida longa e imprevisível, requer uma individualização cuidadosa dos esquemas de dosagem (Ripamonti, et al., 2012; Caraceni et al, 2012; Paice & Ferrell, 2011). Em ambos os locais foi possível a observação da realização de técnicas invasivas, recomendadas quando a dor permanece moderada a intensa, localizadas em zonas de inervação de plexos nervosos, sem resposta à administração de elevadas doses de opióides, com efeitos adversos significativos e sem resposta à rotação de opióides De acordo com a evidência científica cerca de 10% das pessoas com doença oncológica, apresentam uma dor de difícil controlo por via oral ou endovenosa, estando preconizado a

administração a longo prazo de anestésicos e opióides intra-espinhais e bloqueios do sistema nervoso simpático, de nervos periféricos e do neuroeixo (Ripamonti, et al., 2012; Boveldt et al., 2014). Através das consultas telefônicas subsequentes, foi possível constatar uma redução da dor de intensa para ligeira, o que levou a uma maior autonomia nas atividades de vida e facilitou o relacionamento com outros, aumentando a verbalização de conforto. A implementação destas medidas de conforto técnicas possibilitou a manutenção da homeostasia e controlo da dor (Kolcaba, 2003).

Unidade de internamento em CP e EIHSCP: Neste contexto foi possível sedimentar os conhecimentos apreendidos sobre a utilização da escada analgésica da OMS, em pessoas com doença oncológica internadas, bem como a capacidade de participar na decisão terapêutica e na administração de opióides do terceiro degrau, conhecendo a sua farmacodinâmica, farmacocinética, interações, contraindicações, efeitos sinérgicos e secundários dos mesmos. Embora a via oral fosse a preferencial, quando esta não se encontrava disponível, a mais utilizada era a subcutânea, tendo em conta a preferência e o conforto da pessoa. Esta é mais conveniente e mais simples comparativamente à endovenosa, sendo duas vezes mais potente comparativamente à via oral (Caraceni et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013). Por sua vez quando esta se encontrava contraindicada, por a pessoa se encontrar em anasarca, com hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou com necessidade de administração de grandes volumes, a via endovenosa era a escolhida (Caraceni et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013). Foi considerada a administração de analgésicos não opióides em pessoas que já realizavam opióides fortes, verificando-se uma melhor resposta à analgesia, pelo efeito sinérgico, proporcionando alívio da dor, bem como permitiu a redução das doses do opóide forte, aumentando assim o nível de conforto da pessoa (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013). Em episódios de dor irruptiva previsível, como por exemplo a realização de pensos, foi administrado preferencialmente o fentanilo sublingual, 20 minutos antes dos “gatilhos” de dor, tendo um início de atividade mais curto comparativamente à morfina oral (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Ripamonti, et al., 2012; Buchanan, Geerling & Davies, 2014).

Quanto à dispneia, foi notória a preferência da utilização de medidas não farmacológicas, para promover conforto na pessoa com dispneia ligeira não hipóxicas (saturações periféricas de oxigénio inferiores a 90%) e com hemoglobina superior a 10g/L. Não existe evidência que demonstre benefício na administração de oxigénio

em pessoas com doença oncológica em fim de vida com estas características (Ben-Aharon, et al, 2012). Porém, em pessoas com hipoxia associada a hemoglobina inferior a 10g/L ou DPOC, foi ponderada a administração de oxigénio, associada à administração de opióides, preferindo a utilização de óculos nasais ao invés da máscara facial evitando a sensação desconfortável de claustrofobia que poderia aumentar o descontrolo deste sintoma (Ben-Aharon, et al., 2012; Corcoran, 2013; Raymond, et al, 2010; Bonk, 2012; NCCN, 2011). A manipulação de opióides no controlo da dispneia foi fundamental, para a solidificação de conhecimentos sobre as recomendações no controlo da dispneia moderada e intensa, sendo possível a observação dos benefícios da sua utilização independentemente de a pessoa ser ou não virgem de opióides. A correlação entre opióides e depressão respiratória não foi experienciada em nenhum dos dois locais de ensino clínico, tal como é suportado pela evidência científica, também não foram encontrados efeitos adversos graves como a depressão respiratória ou a sedação (Ben-Aharon, et al., 2012; LeBlanc & Abernethy, 2014; NCCN, 2011). Embora a aplicação das medidas farmacológicas, promovessem alívio neste sintoma, a implementação de medidas não farmacológicas potencializava a efetividade do tratamento (Twycross, 2003).

Clínica de dor e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica: A abordagem da dor oncológica apenas pela perspetiva física é reducionista, não indo de encontro às necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida nem da sua família. A dor tem uma natureza multifatorial, sendo descrita como uma experiência que afeta as dimensões física, psicossocial e espiritual (Boveldt, et al., 2014; OE, 2008). O conceito desenvolvido por Cicely Saunders de “Dor Total” demonstra a importância da avaliação das dimensões do sofrimento humano, devendo as medidas implementadas para a gestão da vivência dolorosa, complementar todas estas áreas (Pimenta & Ferreira, 2006). Neste sentido, as reuniões desenvolvidas em equipa multidisciplinar, promovendo a discussão de casos permitiu uma melhor compreensão da pessoa com doença oncológica com dor e da sua dinâmica familiar, contribuindo assim, para uma abordagem sistemática do raciocínio clínico e maior disponibilidade para promover medidas de conforto individuais e a adaptadas a cada pessoa e sua família (Visseres, et al., 2012; Ripamonti, et al., 2012).

A DGS (2001), preconiza a avaliação de doentes por equipas diferenciadas e competentes na área da dor, tendo o enfermeiro a responsabilidade de ser um mediador entre doente e a sua família/cuidador principal e o médico, garantindo a

continuidade dos cuidados e consequentemente diminuir a prevalência da dor crónica moderada a forte, aumentar a adesão dos doentes à terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida, reduzindo os mitos e preconceitos associados aos opióides. Neste sentido, as consultas são realizadas tendo concomitantemente a presença do enfermeiro e do médico. Esta perspetiva possibilitou a observação dos ganhos, uma vez que em simultâneo obtém-se a perspetiva e a resposta de várias vertentes, evitam-se erros de transcrição ou de interpretação. Permite ainda, a prescrição terapêutica e simultaneamente a realização de ensinios, que se demonstraram facilitadores para a compreensão dos mesmos por parte da pessoa e da sua família. Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental na educação da pessoa com doença oncológica e sua família, sobre o mecanismo de ação dos fármacos, a forma como utiliza-los, os efeitos secundários e como deve o tratamento ser realizado (Fielding, Sanford, Davis, 2013).

De forma a proporcionar maior autonomia, tornando a pessoa com doença oncológica e sua família corresponsáveis na gestão da sua dor através do conhecimento do seu tratamento, foram desenvolvidas medidas que facilitaram o acesso à informação, nomeadamente utilizando algumas ferramentas de ensino, como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, que ajudaram a pessoa a se sentir mais capacitada para o controlo da sua dor (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013; NCCN, 2014). Durante a realização destes ensinios foi privilegiado o envolvimento da pessoa e família como parceiros ativos na gestão da sua dor, reconhecidos como essenciais no controlo desta. A partilha de experiências e de conhecimentos com a equipa multidisciplinar revela-se uma mais-valia para a individualização dos cuidados. Com este envolvimento, foi facilitado a colaboração da pessoa e família na terapêutica, aderindo ao cumprimento do regime terapêutico (Ripamonti, et al., 2012; Chapman, 2012).

A disponibilização de uma linha telefónica possibilitou a continuidade dos cuidados, permitindo a acessibilidade à informação, sendo a chamada recebida por enfermeiros peritos que podem gerir dúvidas e dificuldades sentidas pela pessoa e sua família, de forma cómoda evitando deslocações desnecessárias a serviços de saúde. Desta forma é transmitida segurança e confiança nos cuidados, proporcionando o alívio da ansiedade e concomitantemente um aumento do conforto (Martins & Lopes, 2010). Deste modo, através da relação terapêutica estabelecida, alicerçada numa comunicação eficaz, foi possível desmistificar mitos e crenças sobre

opióides, principalmente sobre a morfina que podem por em causa a adesão ao regime terapêutico. De acordo com a evidência científica, a incidência do vício de opióides em pessoas com doença oncológica com dor é baixa. Assim, e tal como recomendado, a desmistificação destes mitos promoveu a confiança na medicação prescrita, bem como nos profissionais aumentando a adesão à terapêutica prescrita (Ripamonti, et al., 2012; Fielding, Sanford, & Davis, 2013). O fornecimento de informações à pessoa e sua família, proporciona medidas de conforto definidas como “Coaching” ou de orientação que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível (Kolcaba, 2003).

A dor oncológica compromete as atividades de vida diária, o funcionamento pessoal, ocupacional, social e de lazer, podendo influenciar negativamente o estado geral da doença. Desta forma, pode-se afirmar que os aspetos psicológicos, emocionais, cognitivos, comportamentais e psicossociais podem contribuir para melhorar ou agravar a vivência dolorosa. Assim, demonstrou-se ser vantajosa a articulação com psicólogos e assistentes sociais para a integração de intervenções psicossociais que capacitem a pessoa e os seus cuidadores a lidar com a dor (Paice & Ferrell, 2011). A utilização da massagem, em combinação com a musicoterapia, a aplicação de calor ou frio, acupuntura e aplicação da estimulação elétrica transcutânea, permitiram o relaxamento da musculatura, diminuindo a ansiedade e o aumento de bem-estar, conseqüentemente o aumento do conforto (Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015; Ripamonti, et al., 2012; NCCN, 2014, Kolcaba, 2003). Para que fosse possível, compreender melhor a implementação das medidas farmacológicas, potencializando o seu efeito terapêutico com as medidas não farmacológicas foi elaborado um estudo de caso, a partir de uma consulta de primeira vez, traduzindo-se as medidas desenvolvidas para responder às necessidades de um senhor com quadro algico descontrolado (Apêndice IX).

Serviço de Internamento em CP e EIHS CP: Foi demonstrado que o tratamento da dor e da dispneia em combinação com o tratamento da ansiedade, depressão, perturbações do sono é mais eficaz do que o tratamento destes sintomas isoladamente. A discussão de casos em equipa multidisciplinar, havendo possibilidade de encaminhar a pessoa para um psicólogo, assistente social ou espiritual, demonstrou-se benéfica no alívio destes sintomas sendo promovido o conforto (Boveldt, et al., 2014).

A comunicação adequada entre os profissionais, nomeadamente os enfermeiros e as pessoas com doença oncológica em fim de vida, permitiu conhecer as suas crenças e valores, bem como o significado atribuído, sendo esta fundamental para que o controlo sintomático seja bem-sucedido (Boveldt, et al., 2014; Pathmawathi, et al., 2015). De forma a serem concebidas medidas que respondam às necessidades específicas da pessoa, esta foi encorajada a participar nas decisões relacionadas com o tratamento, promovendo assim um sentimento de controlo sobre a gestão de sintomas. A escuta da pessoa e sua família ajudou, na compreensão do impacto da dor e dispneia nas suas vidas, bem como promoveu o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança (Ripamonti, et al., 2012; Farquhar, et al, 2011; Chapman, 2012; Kolcaba, 2003). As estratégias de distração, como providenciar música, ou a televisão, o toque terapêutico, o ambiente tranquilo, bem como o treino de estratégias de *coping*, técnicas cognitivo-comportamentais, permitiram observar o relaxamento da pessoa, da tensão muscular com consequente diminuição da ansiedade, promovendo a tranquilidade e o aumento do conforto (Raymond, et al, 2010; Farquhar, et al, 2011; NCCN, 2011; Ripamonti, et al, 2012; Oncology Nursing Society, 2012; Kolcaba, 2003).

Os posicionamentos com ajuda total ou parcial, em folwer ou em semi-folwer possibilitaram a diminuição do esforço físico, bem como o desconforto da posição anterior, a expansão pulmonar e a diminuição do trabalho respiratório. O ensino da dissociação dos tempos respiratórios, a sensação de ar a passar pela face com recurso a uma ventoinha ou um leque, reduziu a sensação de dispneia, a ansiedade, aumentando o conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida. A realização de planos de exercícios individualizados, ensinamentos sobre nutrição e hidratação, e o encaminhamento para serviços especializados, tal como recomendado pela evidência científica, proporcionaram para além do alívio físico da dor e da dispneia, tranquilidade e transcendência, adquirindo a pessoa e sua família competências para gerir a sua situação de doença (Raymond, et al, 2010; Farquhar, et al, 2011; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012; Kolcaba, 2003).

A avaliação da cultura da pessoa levou à procura do desenvolvimento de saberes sobre os recursos espirituais que esta e sua família utilizam para lidar com a experiência de dor ou dispneia. A evidência científica refere que a meditação, orações, ou outras práticas espirituais possibilita, à pessoa e sua família obter forças que lhes permitem ser mais capazes de enfrentar a experiência de dor e dispneia, bem como

outros desafios físicos e limitações causadas pelo descontrolo sintomático, renovando a esperança que ajuda a lidar tanto com o descontrolo sintomático como com a doença (Pathmawathi, et al., 2015; NCCN, 2014; Paice & Ferrell, 2011). A interação com pessoas de culturas diferentes levou à realização de um estudo de caso, sobre um senhor hindu, internado com descontrolo sintomático, nomeadamente com dor e dispneia (Apêndice X). Procurou-se obter informações sobre o hinduísmo para que fosse possível responder de forma culturalmente sensível às necessidades do senhor e da sua família. Assim foi promovida tranquilidade, estando o senhor e a sua família envolvida nos cuidados, sendo clarificados objetivos, reforçado a resolução de problemas, prestado apoio e aconselhamento. Foram abordados temas como a doença, fé e a morte, validando a coragem do senhor e da sua família no cuidado ao longo de todo o percurso de doença. Foi facilitado a expressão de emoções, através de uma escuta ativa e com uma comunicação centrada nestes, demonstrando uma abordagem terapêutica, legitimando os seus sentimentos (Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan, 2013). Foi respeitada a sua cultura e religião, tendo o senhor falecido, serenamente, sem esgar de dor ou qualquer outro desconforto visível.

3.2.4. Objetivo 4: Implementar estratégias de intervenção do enfermeiro no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida no serviço de Cirurgia Geral

De acordo com o diagnóstico de situação realizada neste serviço, e posterior revisão sistemática da literatura, verificaram-se necessidades de formação que poderiam ser colmatadas com formação em serviço. Através destas formações, foi suscitado a discussão e a reflexão que levou à troca de informações e ideias impelindo à realização de novas práticas que podem alterar rotinas, objetivos, normas, políticas, procedimentos da organização ou mesmo estruturas (Canário, et al., 1997; Davies & Nutley, 2000). Para que a aprendizagem seja relevante, é necessário compreender a sua importância e o impacto na sua intervenção (Zabala & Arnau, 2010). Através da sondagem de opinião, sobre a importância da intervenção do enfermeiro no controlo da dor e dispneia no contexto de prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida, foi possível confrontar a prática com o que é recomendado pela evidência científica, facilitando a compreensão das principais temáticas a abordar. Esta metodologia que partiu de uma prática reflexiva, permitiu a construção de um saber após articular a teoria e a prática e consequentemente interpretar como

as recomendações emanadas pela evidência científica poderão ser implementadas (Johns, 2004).

De forma a sensibilizar a equipa de enfermagem, para a problemática do controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, foram desenvolvidos dois temas para ações de formação, com tempo de duração previsto de 20 minutos cada. Para abranger o maior número dos cerca de 48 enfermeiros a exercerem funções neste serviço, cada um dos temas das ações de formação foi repetido em 3 momentos, encontrando-se os planos de formação em Apêndice XI. Como metodologia foi privilegiada a expositiva, demonstrativa e auto-participativa, com recurso ao PowerPoint, no sentido de aumentar a motivação e consequentemente o foco de atenção e a interatividade. A primeira formação (Apêndice XII) foi apresentada a pertinência da problemática, o diagnóstico de situação e abordadas as principais recomendações da evidência científica no controlo da dor e da dispneia de forma geral, bem como os contributos da equipa de enfermagem para que o desenvolvimento do projeto fosse possível. Numa segunda formação (Apêndice XIII), foram aprofundadas as recomendações da evidência científica no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida. Em ambas as formações foi disponibilizado cerca de 15 minutos para reflexão e discussão da prática, promovendo-se a metacognição, definida como o conhecimento sobre os próprios recursos cognitivos ou sobre as estratégias mais apropriadas para a realização de uma intervenção e a regulação do conhecimento (Ribeiro, 2003). Assim, pretendeu-se que a equipa de enfermagem tomasse consciência sobre as competências necessárias para o controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, bem como a avaliação das medidas implementadas e reestruturação dessas medidas se necessário. As taxas de participação foram de 87,5% (42 enfermeiros) na primeira sessão e 81,3% (39 enfermeiros) na segunda. De acordo com a equipa de enfermagem, as ações de formação proporcionaram momentos de reflexão, que permitiram dar importância a alguns aspetos que anteriormente não eram considerados relevantes, nomeadamente no que concerne à apreciação da dor e da dispneia e às medidas não farmacológicas implementadas para promover o conforto da pessoa. Consequentemente, estas medidas não eram registadas, tal como descrito no diagnóstico de situação.

Considerando as necessidades da equipa de enfermagem, foram desenvolvidos fluxogramas cujo objetivo seria facilitar a implementação de medidas

de conforto às pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor, internadas neste serviço. Assim, tendo em conta as recomendações de atuação do enfermeiro no controlo da dor definido pela OE (2008) e o procedimento multissetorial da instituição sobre a avaliação e registo da dor (2014), foi elaborado um fluxograma contendo os principais passos para uma completa avaliação da dor e seu registo, conforme as recomendações destes dois documentos (Apêndice XIV). Concomitantemente, verificou-se que cerca de 96% dos enfermeiros, não tinham conhecimento sobre os critérios de referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. Assim, para fosse possível uma continuidade dos cuidados, melhorando a articulação entre estes dois serviços, advindo contributos para a melhoria dos cuidados implementados às pessoas com dor crónica internadas, foi desenvolvido outro fluxograma contendo os critérios de referenciação a esta unidade (Apêndice VI), tendo por base o procedimento institucional. A apresentação de ambos os fluxogramas, à equipa de enfermagem e médica, demonstrou-se relevante, sendo considerados instrumentos úteis e práticos no quotidiano, sistematizando os pontos-chave do procedimento institucional. O fluxograma com os critérios de referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica foi considerado como facilitador sistematizando os passos a seguir para a consecução da referenciação. Os dois fluxogramas, após autorização da enfermeira-chefe e do diretor clínico, encontram-se disponibilizados em sistema informático acessível a toda a equipa multidisciplinar e afixados nas salas de trabalho dos diferentes sectores do serviço.

Paralelamente, a elaboração de linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Apêndice XV), foi uma mais-valia no acesso dos profissionais a informações provenientes de fontes de reconhecido mérito, de estudos sistematizados e representativos no controlo da dor e da dispneia em pessoas com doença oncológica em fim de vida, ressaltando, no entanto, a individualidade de cada pessoa. Foi ainda submetido à avaliação de um painel constituído por sete peritos nesta área, pretendendo-se obter os seus contributos para a orientação da prática, aumentar a segurança e validação das recomendações. A elaboração e divulgação destas linhas é recomendado pela OE, considerando-a como uma boa prática (OE, 2007). Os peritos contribuem de forma relevante para o avanço de novos estudos e novos domínios do conhecimento (Benner, 2001). Neste sentido, foram escolhidos enfermeiros com experiência na prestação direta de cuidados a pessoas com doença oncológica em fim de vida, e/ou

na formação e gestão em enfermagem, identificados como peritos nos locais de estágio. Os peritos eram do sexo feminino, com tempo de experiência profissional superior a 9 anos, sendo que quatro dos enfermeiros para além da licenciatura possuem especialidade e mestrado em enfermagem. A sua caracterização e as sugestões de melhoria, bem como os contributos facultados, posteriormente incluídos nas linhas orientadoras promovendo assim a melhoria da sua qualidade, encontram-se em apêndice XIX. Não houve discordância nas recomendações disponibilizadas, considerando a organização facilitadora para a leitura/consulta, sendo salientada a relevância dada às medidas não farmacológicas. Foi ainda ressaltado o facto de se ter utilizado uma revisão sistemática da literatura efetuada para este efeito, com qualidade, sendo sugerido por três peritos a sua publicação em revista. Concomitantemente à avaliação dos peritos, este documento foi também aprovado pela enfermeira-chefe e pelos elementos da equipa médica parceiros neste projeto e considerado pelos pares como útil e importante para aplicabilidade do recomendado na prática diária. Para que fosse facilmente acessível à equipa multidisciplinar, encontra-se disponível no aplicativo informático e em papel no gabinete da enfermeira-chefe.

Em colaboração com a enfermeira orientadora do serviço de internamento de CP, foi ainda elaborado um póster sobre as intervenções de enfermagem no controlo da dor oncológica (Apêndice XVI), que será exposto em ambos os serviços. Como ia decorrer de 7 a 9 de Abril o VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, foi submetido o resumo do mesmo, para exposição do póster neste congresso. O resumo foi aceite, e o póster foi exposto neste congresso, tendo sido impulsionador para a minha participação no mesmo.

Paralelamente, foi ainda realizado um estudo de caso em colaboração com outra mestranda, a implementar o seu projeto de intervenção no mesmo serviço, no cuidado à pessoa em fase agónica. A implementação de dois projetos no mesmo serviço revelou-se pertinente uma vez que permite o aprofundamento de conhecimentos na área da promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família. A parceria estabelecida e demonstrada através deste estudo de caso foi vantajosa, possibilitando uma dupla visão da mesma situação, bem como os conhecimentos específicos sobre a sintomatologia presente, sendo potenciados os cuidados dirigidos à pessoa com doença oncológica em fim de vida e à sua família (Apêndice XVII). A discussão deste estudo de caso, com a equipa de

enfermagem permitiu ainda demonstrar a aplicabilidade das recomendações no controlo sintomático, apresentadas pelas duas mestrandas no serviço.

Através do desenvolvimento destes instrumentos de trabalho, bem como das ações de formação realizadas e tendo em conta a individualidade de cada pessoa foi possível desenvolver um raciocínio clínico, que se encontra presente em todas as ações e decisões tomadas, através da avaliação, implementação de medidas de conforto e avaliação dos resultados alcançados, onde a pessoa com doença oncológica e sua família deve estar envolvida ativamente, sendo um processo inter-relacional (Cerullo & Cruz,2010).

3.3. Objetivo 5: Avaliar os resultados obtidos com a implementação do projeto na mudança da prática de cuidados

Com a implementação deste projeto, torna-se fundamental a avaliação do impacto que este teve nas medidas de conforto implementadas pela equipa de enfermagem, no que concerne ao controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida. Tendo as ações de formação terminado no dia 08 de Fevereiro de 2016, iniciou-se a auditoria dos registos realizados a 09 de Fevereiro, tendo este processo terminado a 4 Março de 2016, percecionado assim, as mudanças na prática registadas, no período de um mês após a implementação do projeto. Dos 61 processos clínicos de pessoas internadas no serviço, auditados recorrendo ao aplicativo informático S-Clinico, verificou-se que 22 pessoas tinham como diagnóstico pé diabético, 27 doença oncológica e 12 pessoas encontravam-se internadas por outros diagnósticos cirúrgicos. Por questões éticas as medidas de conforto no controlo da dor e da dispneia foram aplicadas abrangendo toda a população internada neste serviço, porém sendo o contexto de desenvolvimento deste projeto a doença oncológica, apenas se encontram disponibilizadas em Apêndice XVIII a análise dos registos realizados a pessoas com doença oncológica.

Desta auditoria é possível, compreender que existiram mudanças na prática realizada pelos pares, encontrando-se alterações positivas após a implementação do projeto. Para que da melhor forma fosse possível perceber as diferenças da prática, foram comparados estes registos com os realizados no diagnóstico de situação. No que se reporta a apreciação da dor as escalas utilizadas encontram-se registadas em 30% antes da implementação do projeto e 76,2% após a implementação deste. A avaliação da intensidade de dor encontra-se descrita em todos os registos clínicos.

Porém, para além da sua intensidade as características da mesma passam a constar nos registos de enfermagem, dando em 74,8% dos casos relevância aos fatores de alívio e exacerbação, bem como a interferência nas atividades de vida diárias e à frequência com que ocorre, o que anteriormente só foi descrito em 30% dos registos. Quanto às medidas farmacológicas, no diagnóstico de situação verificava-se uma dificuldade na utilização da escada analgésica da OMS. Apenas em 10% das pessoas era prescrito opióides fortes para o controlo da dor intensa. Em 60% dos casos, independentemente da intensidade eram apenas prescritos analgésicos não opióides para o controlo da dor. Após a divulgação das recomendações para o controlo da dor oncológica, verificou-se uma maior prescrição e administração de opióides fracos dirigidos à dor moderada e opióides fortes quando a dor é referida como intensa. Após a implementação das medidas de conforto para o controlo da dor em 85,7% dos casos houve registo da reavaliação da mesma no sentido de se compreender os resultados obtidos, assim como foi descrita a resposta à medicação analgésica e se houve necessidade de recorrer a medicação de resgate, contrastando com os 26% dos casos iniciais em que houve reavaliação da dor após intervenção. A via endovenosa permanece como a via preferencial para a administração de fármacos (44,4%), porém com uma franca diminuição na sua seleção comparando com os 82,3% do diagnóstico inicial. A via oral é a segunda via mais utilizada (29,6% - 17,7%) e numa pessoa foi considerada a administração de opióides por via subcutânea (3,7% - 0%). A via transdérmica foi utilizada em 14,8% (8,7% prévio à implementação) e nos episódios previsíveis de dor, como na realização de pensos, foi administrado fentanilo transmucoso, 20 minutos antes do “gatilho” de dor (7,4% - 0%), tal como recomendado pela evidência científica. Relativamente às medidas não farmacológicas, verificou-se igualmente o seu registo nos processos clínicos em 71,4% dos casos (0% nos registos consultados para o diagnóstico de situação), concluindo-se assim uma valorização da sua implementação como medida de conforto no controlo da dor.

Relativamente à dispneia, começou a constar nos registos de enfermagem a sua avaliação e intensidade, bem como a reavaliação da mesma após as medidas implementadas, sendo perceptível a mudança uma vez que anteriormente apenas constavam nos registos as medidas farmacológicas implementadas. Porém a administração de oxigénio prossegue, sendo uma prática decorrente independentemente da pessoa em fim de vida experiencie ou não hipoxemia, valorizando-se no entanto a utilização de óculos nasais ao invés de máscara facial.

Concomitantemente a utilização de opióides é ainda subvalorizada, verificando-se o medo da sua utilização em pessoas com dispneia independentemente da demonstração da evidência científica. No que se refere às medidas não farmacológicas, tal como na dor, verifica-se uma valorização no controlo deste sintoma, constando o seu registo em 75% dos casos, comparativamente com os 0% iniciais. No que concerne à referência para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, constatou-se que 2 pessoas foram referenciadas (9,5% - 0%). No que respeita a EIHSCP 5 pessoas, foram referenciadas (18,5%- 13%).

Estas alterações nas práticas e registadas nos processos clínicos, permitiram proporcionar um maior conforto às pessoas com doença oncológica em fim de vida internadas neste serviço, aumentando o alívio, satisfazendo as necessidades da pessoa e sua família, necessárias para que restabeleçam o seu funcionamento habitual; promovendo tranquilidade necessária para um desempenho eficiente e transcendência conferindo à pessoa o sentimento de que tem competências ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas. Estes três estados de conforto desenvolveram-se tendo em conta o contexto físico, sociocultural, psicoespiritual, ambiental (Kolcaba, 1991; 2003).

3.4. Reflexão sobre o desenvolvimento de competências

Exercer enfermagem diz respeito a desenvolver e atualizar conhecimentos de forma a possuir competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que permitam proporcionar medidas de conforto tendo em conta, as necessidades da pessoa e sua família (OE, 2005). Entende-se por competência, o enfermeiro possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na prática clínica que lhe possibilita ponderar as necessidades da pessoa alvo de cuidados e atuar em todos os contextos de vida, em todos os níveis de prevenção (OE, 2012). Katharine Kolcaba define enfermagem como a avaliação das necessidades de conforto das pessoas, famílias ou comunidades, a conceção de medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reavaliação dos níveis de conforto (Kolcaba, 2003).

Concomitantemente, a promoção o conforto tem em conta um estado dinâmico e multifacetado da pessoa (Kolcaba, 1994, 2003). Conclui-se assim que para proporcionar medidas de conforto com qualidade, tendo em conta a abrangência e complexidade da pessoa, família e comunidade é necessário mobilizar recursos,

conhecimentos e capacidades, ou seja, é necessário mobilizar competências que respondam a estas necessidades.

3.4.1 Competências comuns do enfermeiro especialista e 2º ciclo conducentes ao grau de mestre

De acordo com a OE, o enfermeiro especialista é aquele com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, o que se traduz num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010). Neste sentido, são quatro os domínios de competências comuns que serão analisadas.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: A doença oncológica é a mais temida pelo sofrimento que lhe está associado. Este é descrito como o *distress* que ocorre quando a integridade da pessoa se encontra ameaçada ou destruída. A sua intensidade é medida pelo que a pessoa refere, tendo em conta uma multiplicidade de fatores que fazem do sofrimento humano uma realidade complexa e única para cada pessoa, tendo os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, responsabilidade em aliviar-lo. Uma das principais causas de sofrimento é o descontrolo sintomático, sendo essencial para o seu alívio a completa apreciação e controlo adequado dos sintomas, nomeadamente da dor e da dispneia, que são dos mais incidentes nesta população e causadores de maior desconforto (Twycross, 2003; Barbosa & Neto, 2010).

A este respeito, mostrou-se fundamental a reflexão sobre os cuidados prestados, aprofundando e atualizando conhecimentos sobre as recomendações emanadas pela evidência científica. Através da reflexão e discussão em equipa multidisciplinar foi possível a solidificação de conhecimentos, o que proporcionou uma prática baseada na evidência, fundamentando a credibilização da tomada de decisão (OE, 2010). Para além das recomendações da evidência científica, é necessário estabelecer uma relação de parceria com a pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, valorizando as suas crenças, valores e preferências, bem como os valores éticos e deontológicos, adotando comportamentos de procura de saúde, definidos por Kolcaba como comportamentos adotados pelos doentes, famílias ou profissionais de saúde, consciente ou inconscientemente, promovendo a procura de bem-estar, confiança e satisfação nos cuidados (Kolcaba, 2003; McCormack, 2003;

McCormack & McCance, 2006). Tendo em linha de conta este referencial teórico, foi essencial para uma prática dirigida à pessoa, a compreensão da sua cultura e crenças espirituais, respeitando o direito à informação, à escolha e autodeterminação referente aos cuidados prestados (OE, 2012; DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Neste sentido, mostrou-se fundamental a reflexão sobre a importância de uma comunicação eficaz, envolvendo a pessoa com doença oncológica e sua família, tendo objetivos claros e realistas, desmistificando preconceitos, outorgando empowerment para que da melhor forma a pessoa e sua família tenham poder de decisão clara e esclarecida, conduzindo ao aumento da satisfação dos cuidados prestados (Beckstrand, Collette, Callister & Luthy; 2012).

Domínio da melhoria da qualidade: Através da reflexão da prática e da revisão sistemática da literatura procurando evidência científica atual sobre as recomendações no controlo da dor e da dispneia, foi possível aprofundar conhecimentos que proporcionassem uma melhoria das práticas realizadas. Neste sentido, a realização de estágios em vários serviços de referência no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica, foi fundamental para o confronto entre a prática e a evidência científica, permitindo a concretização de estratégias que visaram a melhoria das práticas no serviço de implementação do projeto. A avaliação realizada pelos enfermeiros orientadores encontra-se disponibilizada em Anexo I.

Com o estabelecimento de parcerias com três elementos de enfermagem fixos e com o grupo dinamizador da dor do serviço, foi possível obter uma abrangência da totalidade de pessoas com doença oncológica internadas, bem como permitir a implementação das medidas de conforto recomendadas pela evidência científica em toda a população com dor e dispneia, e consequentemente a avaliação dos resultados obtidos. Através da divulgação das linhas orientadoras, foi viável estabelecer algumas parcerias médicas, nomeadamente com quatro elementos que possibilitaram a divulgação a outros elementos médicos. Assim, constituiu-se uma mais-valia na prescrição farmacológica, viabilizando a implementação das medidas farmacológicas recomendadas. A mesma divulgação foi indispensável para o estabelecimento de parcerias com a fisioterapeuta, psicóloga, assistente social, sendo reconhecido as causas multifatoriais destes sintomas, contribuindo para a redução da sua intensidade, exacerbações, assim como ao sofrimento associado (Boveldt, et al., 2014, Pathmawathi, et al., 2015; Farquhar, 2011).

Paralelamente a articulação realizada com a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica e a EIHS CP, da instituição onde exerço funções, contribuiu para facilitar o acesso das pessoas com doença oncológica a estes serviços, advindo contributos para a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma, foi possível planear e implementar este projeto que visa uma melhoria contínua, alicerçado numa revisão sistemática da literatura que possibilitou a realização de linhas orientadoras de boa prática, conduzindo, assim, à prevenção de incidentes e atuando proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco (OE, 2010).

Domínio da gestão de cuidados: No sentido de otimizar as medidas de conforto implementadas para dar resposta às necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, alicerçando a tomada de decisão em fontes científicas e atuais, foi essencial o contributo obtido através da reflexão com as equipas multidisciplinares dos vários locais de ensino clínico. Esta reflexão permitiu sistematizar a informação para o processo de cuidar, realizar diagnósticos e desta forma obter uma variedade de soluções eficazes a prescrever, bem como a avaliação das medidas implementadas. Possibilitou ainda, identificar as necessidades e dificuldades existentes na referenciação de pessoas com dor crónica descontrolada, internadas no serviço onde exerço funções. De forma a dar resposta a esta necessidade, facilitando os recursos destas pessoas, foi importante a elaboração do fluxograma de referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. Concomitantemente, para a otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, foi importante o conhecimento da legislação, políticas e procedimentos de gestão, tal como preconizado nas competências do 2º ciclo (DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Neste sentido contribui o conhecimento do Plano Nacional de Saúde 2015- 2020 (DGS 2015), Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (DGS, 2013), Programa Nacional para Doenças Oncológicas (DGS, 2014), sendo facilitador a articulação de conhecimentos e permitiu o desenvolvimento de uma liderança que levou à sensibilização e consequentemente à motivação da equipa de enfermagem para a introdução de inovações das práticas (OE, 2010).

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Para prestar cuidados centrados na pessoa com doença oncológica e sua família é fundamental desenvolver o autoconhecimento, de forma a compreender de que forma os valores, crenças e limitações influenciam a tomada de decisão (McCormack &

McCance, 2006). Neste sentido, contribuiu a realização de reflexões críticas, mobilizando o Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988). Este modelo contribuiu para uma reflexão estruturada, dando destaque aos sentimentos, dificuldades e aprendizagens que daí resultaram, contribuindo para o ganho de insights sobre mim mesma e sobre a própria prática (Jonhs, 2009). Consciencializando os recursos e limites pessoais e profissionais, foi também possível desenvolver a assertividade bem como a gestão de situações de pressão ou de conflito. Para facilitar os processos de aprendizagem no contexto de trabalho, foram realizadas sessões de formação, bem como avaliado o seu impacto, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades do controlo da dor e dispneia da equipa de enfermagem. Estes processos formativos foram alicerçados numa revisão da literatura baseada na melhor evidência científica disponível (OE, 2010; DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013).

3.4.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa

A área de especialização em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa tem como eixo organizador, os projetos de saúde para a pessoa com doença crónica incapacitante e terminal e dos cuidadores, preservando a dignidade, maximizando o seu conforto e diminuindo o sofrimento (OE, 2011).

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida: A realização estágios em locais vocacionados para o cuidado de pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia e sua família, contribuíram para a melhor identificação das suas necessidades. Neste sentido, foi possível aprofundar conhecimentos no que concerne à completa apreciação destes sintomas, aplicando escalas de auto e heteroavaliação, uni e multidimensionais articulando com a pesquisa da melhor evidência científica, tendo em conta as preferências da pessoa.

Consequentemente à avaliação sintomática realizada torna-se fulcral o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, criando uma parceria com a pessoa com doença oncológica e sua família, tendo em conta o significado que esta atribui à situação de doença, as suas escolhas, crenças e valores. Neste sentido, foi desenvolvida uma capacidade interpessoal, comunicação eficaz e autoconhecimento,

bem como competências técnicas, científicas e instrumentais que possibilitaram a tomada de decisão solidificada através de conhecimentos fundamentados (McCormack & McCance, 2006). Desta forma, foi possível satisfazer necessidades específicas, proporcionando alívio necessário para o retorno à função anterior ou para uma morte pacífica, bem como proporcionar tranquilidade e mesmo transcendência, tendo a pessoa capacidade de dar resposta às suas necessidades. Paralelamente, a realização da revisão sistemática da literatura e a elaboração de linhas orientadoras de boa prática, conduziram à implementação de medidas de conforto técnicas, destinadas a manter a homeostasia e a gerir sintomas, tendo como objetivo manter ou recuperar funções fisiológicas, proporcionando conforto e prevenindo complicações. O desenvolvimento de estratégias inter-relacionais e comunicacionais, proporcionaram uma tomada de decisão partilhada, envolvendo a equipa multidisciplinar onde a pessoa com doença oncológica e sua família se encontram incluídos, estabelecendo uma escuta ativa com vista a aliviar a ansiedade, fortalecer a segurança e informação, promovendo a esperança e auxiliando no estabelecimento de um plano realístico de recuperação, adaptação ou de uma morte culturalmente sensível. Através do conhecimento da pessoa, foi possível proporcionar cuidados confortadores da alma, ou seja, intervenções de enfermagem não técnicas mas que fazem as pessoas se sentirem fortalecidas de forma personalizada. Para tal, contribuíram a implementação de medidas não farmacológicas, como massagens, exercícios de relaxamento, técnicas cognitivo-comportamentais, bem como um ambiente calmo e tranquilo (Kolcaba, 2003).

Assim, foi possível obter uma visão da pessoa com doença oncológica, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente, avaliando-a de forma sistemática, com instrumentos adequados, interpretando escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica. Possibilitou o desenvolvimento do julgamento e raciocínio crítico, bem como utilização e adaptação da comunicação como ferramenta essencial treinando a assertividade, gerindo sentimentos e estabelecendo uma relação terapêutica, competências imanadas pela European Oncology Nursing Society (EONS, 2013).

L6-Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte: O conhecimento das crenças, valores, expectativas, significado atribuído à doença ou a

experiência de descontrolo sintomático, nomeadamente na dor e dispneia, permite ir de encontro às necessidades de cuidados da pessoa (McCormack & McCance, 2006). O envolvimento desta nos cuidados, desenvolvendo uma comunicação eficaz, partilhando informações, conhecimentos, discutindo objetivos dos cuidados, desmitificando preconceitos, permite a criação de uma parceria, onde é demonstrado respeito pela pessoa e sua família, pela vida e pela autodeterminação. Assim é conferido empowerment à pessoa com doença oncológica e sua família, que tendo acesso a todas as informações, têm poder de decisão de forma clara e esclarecida, levando ao aumento da satisfação dos cuidados e do conforto (Papathanasiou, Sklavou & Kourkout, 2013).

Nos vários estágios, lidando com pessoas com doença oncológica em fim de vida, foi relevante desenvolver a capacidade de transmitir más notícias, descrita como uma das tarefas mais difíceis de desempenhar, uma vez que é percebida como aquela que irá modificar radical e negativamente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura. Para o desenvolvimento desta capacidade contribuiu o treino de uma comunicação honesta, clara, fornecendo uma esperança realista, facilitando o estabelecimento de uma relação de confiança e diminuindo a ansiedade (Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011; Barbosa & Neto, 2010). A participação em conferências familiares foi fulcral no desenvolvimento desta capacidade, tendo sido uma oportunidade para clarificar objetivos, reforçar a resolução de problemas, prestar apoio e aconselhamento (Neto, 2003). Com a partilha de informações sobre a doença, morte e o papel da família, tendo em conta a comunicação verbal e não-verbal, foi possível reduzir a incerteza e confortar, facilitando a expressão de emoções e promovendo a sua legitimação (Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein, 2006; Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan, 2013). A reflexão exigida neste percurso, levou a um autoconhecimento, permitindo-me consciencializar o que influencia a decisão terapêutica que por sua vez afeta os cuidados prestados. Assim, foi possível construir uma sólida base de conhecimentos, habilidades de pensamento crítico e experiência clínica que permitiram prestar cuidados individualizados, tendo como objetivo a promoção do conforto (OE, 2011).

4. AVALIAÇÃO

Após a implementação do projeto de intervenção no serviço onde exerço funções, importa entender qual a contribuição deste na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta as questões éticas intrínsecas à sua consecução, bem como as limitações encontradas na sua implementação e o trabalho futuro a realizar para lhe dar continuidade, abrindo este capítulo espaço a esta reflexão.

4.1. Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

A implementação do projeto de intervenção, no âmbito do controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, num serviço de internamento de Cirurgia Geral, alicerça a sua fundamentação numa revisão sistemática da literatura, que permitiu a identificação das principais dimensões, na promoção do conforto das pessoas internadas num serviço não especializado em cuidados paliativos. A OE (2008) considera que as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras, baseadas na evidência científica disponível e na opinião de peritos. O objetivo é obter as melhores respostas na resolução de problemas de saúde específicos dos clientes, refletindo um compromisso para partilhar a excelência a nível local e nacional. Neste sentido, a implementação do projeto contribuiu para incorporação dos resultados da investigação na prática, promovendo a melhoria da qualidade do desempenho profissional dos enfermeiros, através de uma tomada de decisão sistémica e sistemática (OE, 2001). A elaboração e divulgação de linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida no serviço possibilitou o acesso dos pares, a informação proveniente de fontes de reconhecido mérito, estudos sistematizados e representativos de forma a obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais no controlo da dor e da dispneia, levando à excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como preconizado pela OE (2007).

A equipa de enfermagem foi envolvida e mobilizada em todo o processo de implementação do projeto, de forma a dar resposta às necessidades de melhoria da qualidade de cuidados, sentidas pela mesma, e identificadas no diagnóstico de situação. Consequentemente, a mobilização de conhecimentos recorrendo à investigação em bases de dados científicas e à discussão com peritos reconhecidos nesta área, permitiu a sistematização de informação para dar resposta a estas

mesmas necessidades. Neste sentido, foram desenvolvidas ações de formação em serviço, que contribuíram para sensibilizar os pares para a importância das intervenções de enfermagem na promoção do conforto, em pessoas com doença oncológica em fim de vida, nomeadamente para o controlo da dor e da dispneia. Contribuíram também para o autoconhecimento das práticas realizadas, nomeadamente para uma consciencialização das crenças incorporadas na avaliação e controlo destes sintomas, bem como a atualização de conhecimentos levando a uma reflexão e discussão em equipa, indo de encontro ao recomendado pela OE (2008), que considera a formação em contexto de trabalho e a reflexão sobre as práticas de cuidados, essencial para o controlo sintomático. Embora o serviço, não seja vocacionado para os cuidados paliativos, muitas são as pessoas que nele se encontram internadas com doença oncológica em fim de vida, identificando a dor e a dispneia como os principais sintomas promotores de desconforto. O PNCP define que é da responsabilidade individual de cada profissional a prestação de ações paliativas, tornando-se fundamental a formação adequada dos profissionais, para melhorar conhecimentos e atitudes que influenciam a mudança (Barbosa & Neto, 2010). Assim, a implementação deste projeto apelou à responsabilidade de todos os profissionais, na otimização dos cuidados prestados, através da iniciativa despoletada pela equipa de enfermagem, na prestação de ações paliativas com vista à promoção do conforto do cliente e ao aumento da satisfação dos profissionais.

A promoção da reflexão e consequentemente a incorporação das recomendações advindas da produção das linhas orientadoras de boa prática promoveu a capacitação dos enfermeiros para a melhoria da qualidade dos cuidados, partilhando a tomada de decisão nas intervenções interdependentes, sustentando-a na evidência científica. Assim é possível perceber que a PBE permite simplificar a tomada de decisão, quanto aos cuidados a serem realizados às pessoas com doença oncológica em fim de vida, diminuindo a variação que se encontra entre as práticas clínicas e o custo-benefício, alcançando cuidados de alta qualidade. Esta experiência é reconhecida como gratificante e inspiradora para os enfermeiros, promovendo o trabalho em equipa (Irwin, Bergman & Richards, 2013). Concomitantemente, esta prática permitiu a diminuição do risco clínico, aumentando a segurança dos cuidados prestados, através da aquisição de conhecimentos atualizados relativamente à implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, para o controlo da dor e da dispneia nas pessoas com doença oncológica em fim de vida, indo de

encontro ao preconizado pela OE (2008). Assim, verificaram-se ganhos significativos, valorizando os enfermeiros, a apreciação de forma mais completa da dor e da dispneia, o que conduziu ao estabelecimento de planos de cuidados, direcionados às reais necessidades de conforto das pessoas com doença oncológica em fim de vida, internadas neste serviço (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013). Consequentemente foram promovidas medidas farmacológicas e não farmacológicas direcionadas à intensidade dos sintomas e não da doença, tal como retratado na evidência científica (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014). Neste sentido, verificou-se maior utilização de opióides fracos para a dor moderada e opióides fortes para a dor intensa, a reavaliação destes sintomas com maior regularidade, menor seleção das vias de administração invasivas, considerando vias menos invasivas como a oral, promovendo-se a articulação da equipa multidisciplinar para dar resposta a todas as necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida. Esta PBE encontra-se documentada nos registos clínicos, verificando-se os ganhos obtidos com as intervenções implementadas.

Desta forma, pode-se objetivar o início da mudança nas práticas, sendo consideradas as recomendações emanadas pela evidência científica, atual e facilmente disponível a toda a equipa multidisciplinar (OE, 2007). A implementação do projeto de intervenção possibilitou a sensibilização da equipa para a objetivação da relevância de algumas práticas, que embora implementadas não constavam nos registos, nomeadamente no que concerne às medidas não farmacológicas. Paralelamente, um dos pressupostos da OE (2010,2011) é a articulação com a equipa multidisciplinar, otimizando as respostas às necessidades da pessoa e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, a implementação do fluxograma de referenciação à Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica foi uma mais-valia, na articulação com um serviço especializado no tratamento da dor, constituindo-se um recurso importante para as pessoas internadas no serviço onde exerce funções com dor não controlada, promovendo a continuidade dos cuidados.

Verificou-se ainda, que através da reflexão, os conhecimentos mobilizados/adquiridos foram implementados, aumentando a segurança da prática realizada, observando-se melhorias no conforto dos clientes e consequentemente o aumento da satisfação da equipa de enfermagem. A implementação do projeto de intervenção para a prática de enfermagem implicou uma PBE, que levou a um aumento da segurança na prestação de cuidados, à capacitação dos enfermeiros na

tomada de decisão, com consequente controlo da dor oncológica e da dispneia e promoção da continuidade dos cuidados, confluindo na excelência da sua qualidade. Assim, a confiança foi desenvolvida, facilitando o estabelecimento de um ambiente terapêutico onde a pessoa com doença oncológica e sua família se encontram envolvidos na partilha de tomada de decisão para que as suas necessidades de conforto possam ser satisfeitas, traduzindo-se na melhoria intrínseca das práticas (McCormack B., 2006; Kolcaba, 2003).

4.2. Questões éticas

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi, após autorização da senhora enfermeira-chefe, do diretor do serviço e consequentemente a senhora enfermeira diretora, realizado o diagnóstico de situação, bem como a análise das práticas após as ações de formação, utilizando a base de dados informática S-Clínico. Assim, esta é uma prática reconhecida pelo CDE, Artigo 88º, mencionando que o enfermeiro deve procurar analisar regularmente o trabalho efetuado e identificar eventuais falhas que levem a uma mudança de atitude (OE, 2009). Após identificação da necessidade de melhorar as práticas no que concerne ao controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, procurou-se desenvolver intervenções que colmatassem estas necessidades, suportando o projeto de intervenção numa revisão sistemática da literatura, procurando a melhor e mais atual evidência científica neste âmbito para obter recomendações no controlo destes sintomas, promovendo conforto na pessoa e família alvo de cuidados, indo ao encontro do imanado no mesmo artigo, o dever de manter a atualização contínua dos conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias, bem como aprofundar conhecimentos nas ciências humanas (OE, 2009).

Paralelamente, o sigilo profissional foi sempre assegurado, tanto na análise das práticas de enfermagem, como de informações das pessoas alvo de cuidados, tal com ancorado no artigo 85º do CDE. Este sigilo estendeu-se aos trabalhos académicos realizados, sendo solicitado à pessoa bem como à sua família o consentimento informado, garantindo o seu anonimato, indo de encontro ao artigo 84º do mesmo código (OE, 2009).

4.3. Limitações da implementação do projeto e trabalho futuro

O serviço de implementação do projeto encontra-se vocacionado para a prática curativa, sendo a morte ainda considerada como um fracasso. Consequentemente existem ainda mitos e receios profundamente enraizados nos profissionais, no que diz respeito aos cuidados de conforto a serem implementados, a pessoas com doença oncológica em fim de vida. Muitos destes profissionais exercem a sua profissão há vários anos, existindo uma resistência à alteração do paradigma de cuidar e consequente procura de evidência científica atualizada para o controlo da dor e da dispneia. De acordo Silva (2007), apesar da evolução dos cuidados de saúde, existe ainda uma perceção de que o paradigma biomédico é dominante, existindo dificuldades de várias ordens (individuais, profissionais, organizacionais, etc.) para o alterar. Porém, este modelo é reducionista, não dando resposta às necessidades dos clientes, pelo que a alteração de paradigma é fundamental, dirigindo-se o foco para a pessoa doente e não para a doença (Capra, 1987). Esta resistência traduzir-se-á num obstáculo no desenvolvimento deste projeto, com a implementação de novas práticas recomendadas pela evidência científica e demonstradas como eficazes no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida. É fundamental ultrapassar a ideia de que “já não há nada a fazer”, mesmo quando já não existirem armas terapêuticas para a doença, deve existir investimento por parte dos profissionais de saúde, tendo uma perspetiva de promoção de conforto e resposta tão plena quanto possível às necessidades da pessoa doente, independentemente da fase da doença em que se encontra (Barbosa & Neto, 2010; Kolcaba, 2003).

Verifica-se ainda uma dificuldade de trabalho em equipa multidisciplinar, não existindo uma cultura de reflexão e discussão de casos em equipa, o que dificulta a comunicação entre médicos e enfermeiros e consequentemente a sensibilização da mesma sobre as recomendações no controlo da dor e da dispneia, nomeadamente no que concerne à conjugação de estratégias a utilizar para a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo em vista o aumento do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida. As dificuldades na articulação com equipa médica necessitam de ser ultrapassadas, sendo esta fundamental na mudança de paradigma para a promoção de conforto. Assim, torna-se importante demonstrar os ganhos obtidos com a implementação deste projeto, expondo os resultados das auditorias realizadas, impelindo ao aprofundamento de conhecimentos sobre o recomendado pela evidência científica no controlo da dor e dispneia. A visualização

destes ganhos e o seu impacto na qualidade dos cuidados e na satisfação da pessoa e sua família, serão partilhados também com a equipa de enfermagem, por forma a aumentar a sua motivação e consequentemente a satisfação no trabalho realizado.

Relativamente ao controlo da dispneia, não sendo um sintoma tão comum como a dor, verifica-se ainda o receio na utilização de opióides como recurso farmacológico para o seu alívio, mantendo a valorização da administração de oxigénio independentemente de a pessoa apresentar ou não hipóxia. Compreende-se assim que mais sessões de formação serão importantes para a implementação das recomendações da evidência científica e para a consolidação de uma prática que terá de estar sempre em consonância com as recomendações da PBE. As sessões de formação serão realizadas quinzenalmente, indo de encontro ao sugerido pela equipa de enfermagem.

Outra fragilidade prende-se com o facto da equipa de enfermagem ser grande e dispersa, composta por 50 enfermeiros, em três áreas físicas distintas do mesmo serviço, concomitantemente com um elevado número de outros profissionais de saúde, que poderá levar a uma grande dispersão das informações e consequentemente dificultar a adesão ao recomendado pelas linhas orientadoras de boa prática, bem como à referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica em pessoas com quadro algico descontrolado.

Simultaneamente, tanto a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, como a EIHS CP, são constituídas por equipas pequenas e com dificuldade em dar uma resposta adequada e atempada a todas as solicitações da instituição hospitalar, constituindo, outra limitação.

Quanto à articulação com a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, considera-se importante a sua continuação e solidificação do trabalho em parceria, nomeadamente no que diz respeito à referenciação e consultadoria. Na continuação do trabalho desenvolvido, será proposto a elaboração de um procedimento multisectorial a aprovar pela instituição sobre as intervenções a serem desenvolvidas no controlo da dor oncológica. A articulação com a EIHS CP, da mesma forma torna-se fundamental na constituição de elos de ligação de consultadoria e referenciação. Quanto às linhas orientadoras de boa prática, é importante a sua divulgação aos restantes profissionais da instituição hospitalar, para que a sua implementação possa ser realizada em outros serviços que prestem cuidados a pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia. Assim, serão importantes sessões de

formação sobre as recomendações da evidência científica no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, alargadas aos profissionais da instituição hospitalar. Tendo em conta as sugestões da equipa de enfermagem, estas poderão ser realizadas quinzenalmente, para poder abranger todos os profissionais de saúde que prestem cuidados a estas pessoas. Posteriormente, deverá ser estabelecida uma parceria com os elementos responsáveis pelos diversos serviços, de forma avaliar o impacto que teve nas medidas de conforto implementadas. Assim, durante um mês após realização destas formações, deverão ser auditados os registos realizados, percebendo-se a contribuição destas formações, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e redefinidas estratégias de acordo com as necessidades explanadas pelos profissionais.

Paralelamente, tendo-se verificado que o sistema informático S-clínico, não facilita o completo registo das medidas de conforto implementadas à pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia, será relevante reunir com os responsáveis da parametrização de registos da instituição hospitalar, para que seja possível a revisão desta parametrização, tendo em conta as recomendações da evidência científica, facilitando o registo completo das medidas de conforto implementadas pelos profissionais de saúde.

4.4. Pontos fortes e fracos

No seguimento da reflexão realizada, sobre o modo como a implementação do projeto foi conduzido, importa realizar uma análise “SWOT”, identificando os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças à continuidade do projeto.

Como pontos fortes a receptividade da equipa de enfermagem, sendo parceiros na implementação e desenvolvimento deste projeto e corresponsáveis dos resultados obtidos, aumentando a sua motivação na procura da prestação de cuidados tendo por base as recomendações da evidência científica. Estas recomendações encontram-se facilmente acessíveis, estando as linhas orientadoras de boas práticas, bem como os fluxogramas em formato digital e em papel. O estabelecimento de parcerias com a equipa médica aumentou a motivação desta, na união de esforços na implementação de estratégias que controlassem a dor e a dispneia das pessoas com doença oncológica em fim de vida. Os ganhos obtidos através desta parceria, serão importantes para motivar outros elementos da equipa médica mais resistentes à

mudança de paradigma. A parceria estabelecida com a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica e com a EIHS CP permitiu a continuidade do projeto, bem como o acesso das pessoas com doença oncológica em fim de vida, a cuidados especializados. Quanto aos pontos fracos, destaca-se os medos e mitos ainda existentes em alguns elementos da equipa, que retardam a implementação das recomendações imanadas pela evidência científica e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados e o conforto dos clientes.

Relativamente às oportunidades, existe o desejo da equipa melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia e à sua família. A realização de vários estágios foi essencial para o contacto com várias realidades, na prestação de cuidados de excelência a estes clientes, podendo ser locais de articulação para que advenham contributos que melhorem a qualidade dos cuidados. A investigação na procura da melhor evidência científica possibilitou, o estabelecimento de estratégias de intervenção que satisfizessem as necessidades identificadas pela pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, promovendo o seu conforto. Quanto às ameaças, o sistema informático S-clinico não facilita a completa documentação das práticas realizadas e os recursos humanos suficientes que promovam a continuidade deste projeto.

5. CONCLUSÃO

A pessoa com doença oncológica em fim de vida, experiência geralmente uma multiplicidade de sintomas, sendo a dor e a dispneia são classificadas como um *cluster* estável e com elevada incidência nesta população. Concomitantemente, este foi o *cluster* identificado pela equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral, como difícil na implementação de medidas de conforto (MacDonald, 2002, Dong, et al., 2014; Karabulu, et al., 2010). Tendo em conta que o descontrolo sintomático se associa ao sofrimento da pessoa com doença oncológica em fim de vida, tornou-se fundamental intervir no sentido de aprofundar conhecimentos que permitissem uma reflexão por parte da equipa de enfermagem e uma mudança nas práticas realizadas (Boveldt, et al., 2014; Cleeland & Sloan, 2010). Assim, foi definido o estado da arte no que respeita ao controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, bem como verificadas as necessidades formativas da equipa de enfermagem. Posteriormente, para que fosse possível dar resposta a estas necessidades, foi fulcral a revisão sistemática da literatura, permitindo aprofundar conhecimentos, acedendo às recomendações a partir da melhor evidência científica disponível. A articulação destes conhecimentos, com a prática vivenciada em diversos locais de estágio, permitiu a sua sedimentação, e a implementação das recomendações objetivando-se ganhos no conforto da pessoa e sua família. Facilitou as discussões de caso em equipa multidisciplinar, levando a momentos de reflexão com contributos de várias vertentes para dar resposta aos três estados de conforto, nos quatro contextos em que este ocorre (Kolcaba, 2003). A realização de linhas orientadoras de boa prática e discussão destas com vários peritos dos locais de estágio e com grande experiência nesta área, foi importante para sedimentar as recomendações imanadas pela evidência científica e aplicá-las no contexto onde exerce funções, revelando-se um importante apoio para sustentar a tomada de decisão e melhoria das práticas de enfermagem (OE, 2007).

Este percurso permitiu retirar algumas ilações, nomeadamente, o efetivo controlo da dor e da dispneia só é possível sistematizando, avaliando e registando os mesmos, o que possibilita o seu diagnóstico etiológico, identificação de componentes cognitivos, psicológicos e sociais que permitem a elaboração de um plano de cuidados individualizado, bem como a avaliação das medidas implementadas (Ripamonti, et al., 2012; Yamaguchi, et al., 2013). Sendo multifatoriais as causas destes sintomas, as medidas farmacológicas implementadas deverão ser reforçadas com a utilização em

simultâneo de medidas não farmacológicas, que contribuem para a redução da intensidade tanto da dor como da dispneia, das suas exacerbações e da ansiedade que causam, aumentando assim o conforto (Pathmawathi, et al, 2015). A elaboração deste relatório possibilitou explicar o percurso realizado através dos objetivos inicialmente traçados, descrevendo as atividades para os atingir e as competências desenvolvidas (OE, 2010; OE, 2011; EONS, 2013; DL nº 115/2013 de 7 de Agosto de 2013). Com os conhecimentos adquiridos tornou-se importante divulgá-lo, dando resposta ao diagnóstico de situação do serviço de Cirurgia Geral. Através das formações desenvolvidas, divulgação dos fluxogramas, e implementação das linhas orientadoras, obteve-se um impacto nas práticas realizadas, impelindo à reflexão e à discussão de casos. Constatou-se, uma melhoria na apreciação completa destes sintomas, bem como a reavaliação dos mesmos após a implementação das medidas de conforto para o seu controlo. As medidas não farmacológicas foram valorizadas, encontrando-se registadas no processo clínico, o que anteriormente não se verificava. Aumentou a capacidade de negociação com a equipa médica, aumentando a prescrição de opióides de acordo com a intensidade da dor e da dispneia, bem como uma redução da utilização da via endovenosa, considerando outras vias não invasivas. Estas são práticas que começam agora a serem alteradas, porém existe ainda um longo caminho a percorrer para a melhoria da qualidade das mesmas, não concluindo a realização deste relatório o projeto de intervenção delineado.

Este caminho foi essencial para o desenvolvimento do autoconhecimento, verificando quais as necessidades formativas necessárias, para desenvolver competências que promovessem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados a pessoas com doença oncológica com dor e dispneia e consequentemente aumentar o seu conforto (Santos & Fernandes, 2004; Kolcaba, 2003). A reflexão é assim descrita como ser consciente de si mesmo, seja dentro ou após a experiência, de forma a enfrentar, compreender e agir em direção à resolução de uma situação significativa da prática (Jonhs, 2004). Através desta foi possível o aumento da confiança no desempenho profissional, bem como abordar a prática de enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático. Assim é facilitada a definição de estratégias para a melhoria das práticas, aprofundando conhecimentos, articulando recursos, refletindo sobre os mesmos constantemente, e desta forma aumentar a capacidade de tomada de decisão sustentada na evidência científica em novas situações complexas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L, Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., *et al.* (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico da Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor. *Dor*. 15. (4). 4-57.
- Backonia, M.M., Malan, T.P., Vanhove, G.F. & Tobias, J.K. (2010). NGX-4010, a high-concentration capsaicin patch, for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, double-blind, controlled study with an open-label extension. *Pain Medicine*. 11. (4). 600-608.
- Barbosa, A., Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed.) Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bartley, C., Webb, J., & Bayly, J. (2015). Multidisciplinary approaches to moving and handling for formal and informal carers in community palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 21. (1). 17-23.
- Batalha, L.M.C., Duarte, C.I.A., Rosário, A.F.R., Costa, M.F.S.P., Pereira, V.J.R., Morgado, T.M.M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. 8. 7-16.
- Beckstrand, R.L., Collette, J., Callister, L. & Luthy, K.E. (2012). Oncology Nurses' Obstacles and Supportive Behaviors in End-of-Life Care: Providing Vital Family Care. *Oncology Nursing Forum*. 39.(5). 398-406.
- Ben-Aharon, I., Gaftor-Gvili, A., Leibovici, L. & Stemmer, S.M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*. 51. 996– 1008.
- Benner, P (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Besse, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.
- Bonk, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 39. (3). 257-260.

- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Besse, K. & Engels, Y. (2014). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*. 23.1409-1420.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*. 38. (3). 229-239.
- Buchanan, A., Geerling, J., & Davies, a. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20. (3). 126-129.
- Cancer Care Ontário. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canadá: Cancer Care Ontário.
- Canário, R., Correia, J. A., Dubar, C., Malglaive, G., Barroso, J., Bolívar, A.,...d'Espiney, L. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Capra, F. (1982) *O ponto de mutação* (A. Cabral, Trad.). Digital Source.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S. Bennett, M.I, Brinelli, C., Cherny, N. ...Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58 –68.
- Centeno, C., Sancho, M., Nabal, M., & Pascual, A. (2009). *Manual de Medicina Paliativa*. Navarra: Universidade de Navarra, S.A.
- Cerullo, J., Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 18 (1), 1-6.
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*. 26. (47). 42-46.
- Cleeland, C. & Sloan, J. (2010). Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient Reported Outcomes (ASCPRO): Searching for Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39. (6).1077-1085.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17.(4).438-440.
- Dale, O., Moksnes, K., & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve

analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*. 25.(5) 494– 503.

- Davies, H.,T.,O. & Nutley, S., M. (2000). Developing learning organizations in the new NHS. *Education and debate*. 320. 998-1001.
- Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de Agosto (2013). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1ª série, N.º 151 (07-08-2013), 4749-4772.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO)*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde (2008). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa. Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2014). *Tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional para Doença Oncológicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Direcção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Dong, S.; Butow, P.; Costa, D.; Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2. 1-32.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace.. *Studies in continuing education*. 26(2). Disponível em <http://old.mofet.macam.ac.il/iun-archive/mechkar/pdf/InformalLearning.pdf>. Acedido em 14 de Fevereiro de 2016.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em:

<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=skills>. Acedido em 12 de Fevereiro de 2016.

- Farquhar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.
- Ferreira, P. L., Antunes, B., Pinto, A. B. & Gomes B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 30.(1). 62-70.
- Fielding, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*. 19. (12). 584-591.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17. (2). 163-167.
- Griffith, J., Lyman, J.A. & Blackhall, L. J. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14. (2). 171-175.
- Holen, J.C., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Hjerstad, M.J. Loge, J.H, & Kaasa, S. (2007). Doloplus-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatrics*. 7. (29). 1-9.
- IASP (1994). *Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. In Classification of chronic pain. Eds: Merskey, H. & Bogduk. Seattle: IASP Press. 20-213.
- Hui, D., Morgado, M., Chisholm, G., Withers, L., Nguyen, Q., Finch, C., Frisbee-Hume, S. & Bruera, E. (2013). High-Flow Oxygen and Bilevel Positive Airway Pressure for Persistent Dyspnea in Patients With Advanced Cancer: A Phase II Randomized Trial. *Journal of Pain & Symptom Management*. 46.(4). 463-473.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008 – 2060*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística

- Irwin, M.M., Bergman, R.M. & Richards, R. (2013). The Experience of Implementing Evidence-Based Practice Change: A Qualitative Analysis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17. (5). 544-549.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. (3^a ed.). United Kingdom. Wiley-Blackwell.
- Karabulu, N., Erci, B., Ozer, N., & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66. (5). 1011–1021.
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomis structure for the concept comfort. *Image*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort. *Image*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Krishnasamy, M., Corner, J., Bredin, M., Plant,H. & Bailey, C. (2001). Cancer nursing practice development: understanding breathlessness. *Journal Clinical Nursing*. 10. (1).103-108.
- LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12. (7). 989– 992.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*. 5. (2). 301-304.
- Marques, A. L. & Neto, I. G. (2003). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Martins, M. & Lopes, M.A.P. (2010) A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14.(1). 39-57.
- McCormark, B. (2003). A conceptual framework for person-centred pratice with older people. *Internacional Journal of Nursing Praticce*. 9, 202-209.
- McCormack, B., McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 472-47.
- McHugh, M.E., Miller-Saultz, D., Wuhrman, E.& Kosharsky, B. (2012). Interventional pain management in the palliative care patient. *International journal of Palliative Nursing*. 18. (9). 426-433.

- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures. Lusociência.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 21. (3). 109-112.
- Mooney, K.H. (2001). Advocating for Quality Cancer Care: Making Evidence-Based Practice a Reality. *Oncology Nursing Forum*. 28. 17-24.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- Neto, I.G. (2003). A Conferencia familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 19. 68-74.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*. 12. 7. 338-344.
- Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paice, J.A. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *A Cancer Journal for Clinicians*. 61.157–182.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta. L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2 (1), 1-5.
- Pathmawathi, S. Beng, T.S., Rosli, R. Sharwend, S. Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16. (4). 552-560.
- Pereira, R.P., Cardoso, M.J., Martins, M.A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 3. (7). 55-62.
- Pimenta, C.A.M. & Ferreira, K.A.S.L. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole.
- Pulido, I., Batista, I., Brito, M. & Matias, T. (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 17. (4). 222-226.
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M.; Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.
- Ribeiro, C. (2003). Metacognição: Um Apoio ao Processo de Aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16 (1), 109-116.
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Ritto, C., Rocha, F., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P., Milhomens, R. & Faustino, S. (2012). *Manual de Dor Crónica*. Lisboa. Fundação Grunenthal.

- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2003). Nursing and Health Care Management and Policy. What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*. 47. (1). 81-90.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 11, 59-62.
- Sapeta, P., Lopes, M. (2007) - Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referência* II. 4. 35-60.
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente*. Loures. Lusociência.
- Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C. & Wein, S. (2006). 'Would you like to talk about your future treatment options?' discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative Medicine*. 20. 397-406.
- Serra, M. (2007). *Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspetiva dos actores*. UI&DE (org). Processos de formação na e para a prática de cuidados. Lisboa: Lusociência.
- Seymour, B., Kinn, S., Sutherland, N. (2003). Valuing both critical and creative thinking in clinical practice: narrowing the research-practice gap? *Journal of Advanced Nursing*. 42. (3). 288-296.
- Siegert, R.J., Goa, W., Walkey, F.H., Higginson, I.J. (2010). Psychological Well-Being and Quality of Care: A Factor-Analytic Examination of the Palliative Care Outcome Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40. (1).67-74.
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, 11-20.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. "Cuidar": ética e práticas. Loures: Lusociência.
- Strong, S., Blencowe, N.S., Fox, T., Reid, C., Crosby, T., Ford, H.E. & Blazeby, J.M. (2012). The role of multidisciplinary teams in decision making

for patients with recurrent malignant disease. *Palliative Medicine*. 26. (7). 95– 98.

- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ªEd. Lisboa. Climepsi Editores.
- Visseres, K.C.P., Brand, M.W.M, Jacobs, J., Groot, M., Veldhoven, C., Verhagen, C., Hasselaar, J. & Engels, Y. (2012). Palliative Medicine Update: A Multidisciplinary Approach. *Palliative Medicine*. 13. (7). 576– 588.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Wengstrom, Y., Geerling J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*. 18. 127-131.
- Weingärtner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Eywill, M.S., Prenzel, R. Otremba, B. Mühlenbrock, J. Bausewein, C., Higginson, I.J., Voltz, R., Herich, L. & Simon, S.T. (2015). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliative Medicine*. 29. (5) 420 – 428.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.
- Zabala, A., & Arnau, L. (2010). *Como Aprender e Ensinar Competências*. Porto Alegre. Artmed.
- Zhi, W.I., Smith, T.J. (2015). Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Annals of Palliative Medicine*. 4. (3).122-131.

APÊNDICES

Apêndice I – Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem no diagnóstico de Situação Inicial

No âmbito da frequência no 6º Curso de Mestrado e Pós-Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no desenvolvimento do projeto: **Intervenções de enfermagem no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, em internamento hospitalar de cirurgia**, venho por este meio solicitar a sua opinião sobre a importância da intervenção do enfermeiro no controlo da dor e dispneia no contexto de prestação cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida, indo de encontro com as necessidades identificadas pelos colegas (enfermeiros do serviço 2.6).

Tempo de exercício profissional: _____ (anos)

- 1) Nomeie 3 intervenções de enfermagem que considere importante aprofundar no âmbito do controlo da dor e da dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida:

- _____
- _____
- _____

- 2) Refira 3 pontos fortes na sua prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica com dor e dispneia em fim de vida:

- _____
- _____
- _____

- 3) Aponte as principais dificuldades que sente no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, na sua prestação de cuidados:

Muito obrigada pela colaboração
Carla Anjos

Apêndice II – Análise das necessidades de formação e das práticas da
equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral

No sentido de identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral, após a aplicação da sondagem de opinião conclui-se que 46,8% (22 enfermeiros) identificaram a avaliação da dor e dispneia como importante na mobilização de conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à utilização das escalas de autoavaliação (26,4%- 6 enfermeiros) de heteroavaliação (48,6% - 11 enfermeiros) e na avaliação da interferência da componente psicológica, social e espiritual (25% - 5 enfermeiros).

Paralelamente, 77,6% (37 enfermeiros) identificaram as medidas farmacológicas como difíceis de implementar, particularmente na utilização da escada analgésica da OMS, revelando uma diminuta utilização de opióides, bem como um receio associado a estes tanto no controlo da dor como na dispneia, referindo neste ultimo a preferência na utilização de oxigenoterapia. A gestão de efeitos secundários foi também identificada como de grande interesse para aprofundar conhecimentos, assim como as vias de administração, sendo identificado como áreas de particular dificuldade na prestação de cuidados. As medidas não farmacológicas foram outra área de interesse, sendo referida em 72,1% da equipa de enfermagem. Nestas, o relaxamento, a distração, massagem, apoio emocional e ferramentas de ensino, foram mencionadas como aspetos a desenvolver nas medidas aplicadas a pessoas com doença oncológica em fim de vida.

Paralelamente, foram analisados 23 processos clínicos de pessoas com doença oncológica em fim de vida internadas entre Julho e Outubro de 2015 e observadas as práticas de enfermagem implementadas para a gestão destes dois sintomas, sendo possível verificar que estas intervenções não se coadunam totalmente com o que a literatura releva como boa prática. Assim concluiu-se que a história de dor era desvalorizada constando apenas num registo. Quanto à avaliação da dor e dispneia, relevou-se redutora privilegiando-se a intensidade dos sintomas e desvalorizando as características, os fatores de alívio e de exacerbação, a frequência, a duração resposta a medicação analgésica e se houve necessidade de recorrer a terapêutica de resgate, bem como se houve interferência nas atividades de vida diária não havendo registo. Verificou-se igualmente uma desvalorização quanto ao registo das escalas utilizadas.

Quando às medidas farmacológicas, foi perceptível a não prescrição de opióides da parte médica ou a não administração por parte dos enfermeiros quando estes se

encontravam prescritos na dor e dispneia intensa, preferindo a utilização de analgésicos não opióides ou opióides fracos para a gestão dos mesmos.

As medidas não farmacológicas não se encontravam descritas nos registos efetuados, como implementadas para a gestão da dor e dispneia, não se percebendo assim quais os resultados que poderiam ser obtidos com a implementação das mesmas.

Dos casos analisados, concluiu-se que em 63% a dor é classificada como ligeira, 77% como moderada e em 68% dos casos a dor é classificada como intensa. Quanto à dispneia 72% é considerada como ligeira, como moderada 21% e em 7% como intensa. Foi possível objetivar ainda, a subvalorização da reavaliação dos sintomas após a implementação das medidas de conforto, sendo que em apenas 26% dos casos houve uma reavaliação.

Quanto às vias de administração, verificou-se que 82,3% da terapêutica foi prescrita por via endovenosa, 17,7% por via oral e em nenhum dos processos analisados houve prescrição terapêutica por via subcutânea.

Em nenhum dos casos houve referenciação para a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica e em 13% a referenciação para a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos foi realizada.

Apêndice III- Revisão Sistemática da Literatura “ Linhas Orientadoras de Boa Prática no Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida em Internamento Hospitalar de Cirurgia”

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica

Unidade Curricular – Estágio com relatório

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO
CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA
PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FIM
DE VIDA, EM INTERNAMENTO HOSPITALAR
DE CIRURGIA**

Linhas Orientadoras de Boa Prática

Docente:

Professora: Eunice Sá

Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos Nº 88

Lisboa, Fevereiro de 2016

ABREVIATURAS

AINE – Anti Inflamatório Não Esteroide

AGREE - Appraisal of guidelines for Research and Evaluation

DGS – Direção Geral de Saúde

EAV - Escala de avaliação verbal

ECN – Escala de classificação numérica

ESMO - Sociedade Europeia de Oncologia Médica

EVA – Escala Visual Analógica

IASP – International Association for the Study of Pain

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNLCD – Plano Nacional de Luta Contra a Dor

SJMP - Sociedade Japonesa de Medicina Paliativa

Índice

INTRODUÇÃO	5
1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS ESSENCIAIS	8
2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	11
3. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DOR ONCOLÓGICA.....	14
3.1. Apreciação da Dor Oncológica.....	14
3.2. Classificação tradicional da dor	16
3.3. Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor	17
3.3.1. Recomendações no tratamento da dor ligeira – Degrau I da Escada Analgésica da OMS (EN- 1-3).....	18
3.3.2. Recomendações no tratamento da dor moderada – Degrau II da Escada Analgésica da OMS (EN- 4-6).....	19
3.3.3. Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa – Degrau III da Escada Analgésica da OMS (EN – 7-10)	20
3.3.4. Recomendações para o tratamento da dor moderada a intensa refratária – Degrau IV da Escada Analgésica Modificada da OMS	22
3.3.5. Vias de Administração	23
3.3.6. Titulação de Opióides	24
3.3.7. Rotação de Opióides	25
3.3.8. Recomendações no controlo da Dor Neuropática	28
3.3.9. Recomendações no controlo da Dor Óssea	28
3.3.10. Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva.....	28
3.3.11. Gestão de Efeitos Secundários	32
3.4. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dor	34
4. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DISPNEIA	39
4.1. Apreciação da dispneia.....	39
4.2. Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia.....	41
4.2.1. Recomendações para o tratamento da dispneia ligeira (ESAS 1-3)	44
4.2.2. Recomendações para o tratamento da dispneia moderada (ESAS 4-6) ..	43
4.2.3. Recomendações no tratamento da dispneia intensa (ESAS 7-10)	45
4.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dispneia	46
5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	49

6. CONCLUSÃO.....	57
--------------------------	-----------

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
--	-----------

APÊNDICES

Apêndice I- Instrumentos de Avaliação da Dor/Sintomas

Apêndice II – Análise da qualidade da evidência científica que baseia as recomendações

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Processo de pesquisa e seleção de artigos.....	12
--	----

INTRODUÇÃO

A evolução da tecnologia e da medicina tem levado a um aumento do envelhecimento e das doenças crónicas. O cancro é encarado como a doença do futuro, estimando a DGS que em 2030 existam mais de 50000 novos casos de cancro em Portugal. Esta é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade e no conjunto das causas de mortalidade, encontra-se em segundo lugar, após as doenças cérebro-cardiovasculares (DGS, 2014). A nível mundial estima-se que a incidência de mortes por cancro seja superior a 13,1 milhões até ao ano 2030 (Fielding, Sanford, Davis, 2013).

Em Portugal, o número de serviços e equipas de cuidados paliativos é reduzido e muitos dos doentes que necessitam destes cuidados em âmbito de internamento encontram-se em serviços de agudos, como por exemplo, um serviço de Cirurgia Geral. Porém, existem fatores inerentes ao contexto hospitalar que dificultam o processo de interação entre enfermeiro e doente, como as rotinas, fragmentação da informação, a falta de continuidade de cuidados e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro, constituindo assim, obstáculos à humanização e personalização dos cuidados (Sapeta & Lopes, 2007).

Sendo o controlo de sintomas uma das vertentes fundamentais dos cuidados paliativos para o bem-estar dos doentes é uma das maiores preocupações dos enfermeiros. O controlo inadequado dos sintomas ao longo da doença produz não só sofrimento mas também um efeito adverso na progressão da doença. Por sua vez, o controlo adequado poderá favorecer tanto a qualidade como a quantidade de vida (MacDonald, 2002).

Em pessoas com doença oncológica em fim de vida, encontra-se identificado que geralmente experienciam múltiplos sintomas, enfatizando a literatura recente uma mudança de foco dos sintomas individuais para gerir a natureza dinâmica e múltipla de grupos de sintomas (Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014, e Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010). É assim, reconhecido que os sintomas não ocorrem isoladamente e que os doentes normalmente experimentam vários sintomas pela doença ou pelo tratamento, sendo que o desafio que se impõe aos profissionais é a avaliação simultânea dos vários sintomas que o doente pode apresentar. A intensidade do sintoma pode-se relacionar com a combinação da gravidade dos

sintomas associados, com a doença, tratamento e perceção do doente sobre o impacto que estes mesmos sintomas têm sobre a sua vida (Cleeland, 2010).

Tendo em conta a estabilidade no tempo em pessoas com cancro avançado, a dor, dispneia, fadiga, sonolência e anorexia é um *cluster* estável (Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014). Numa revisão sistemática da literatura realizada por estes autores, de 33 artigos cerca de 45% identificou o *cluster* que incluía dor e dispneia. Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010), referindo um estudo com 200 doentes internados em cuidados paliativos no Japão, indicaram que durante todo o curso clínico, 88% experienciaram dor e 66% dispneia (Morita et al., 1999).

Neste sentido e tendo em conta que a boa prática sucede de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, foi elaborado este documento sistematizando as orientações atuais da evidência científica, no que se refere ao controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, uma vez que se encontra descrito na literatura ser um *cluster* estável e com elevada incidência.

O objetivo das orientações para a prática clínica é fornecer recomendações para a avaliação, tratamento, monitorização e vigilância com vista a melhorar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas com doença oncológica. Estas orientações são importantes para melhorar a qualidade dos cuidados e garantir que o tratamento e os cuidados prestados são baseados na melhor evidência disponível (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).

Assim, este será um documento destinado aos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica com dor e/ou dispneia em fim de vida, num serviço de internamento de agudos, como um serviço de Cirurgia Geral, com o objetivo de aumentar e melhorar os seus conhecimentos e consequentemente aumentar a segurança nas medidas de conforto implementadas.

Desta forma, o documento encontra-se organizado por capítulos que orientam as recomendações da literatura relativamente ao controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, promovendo assim o conforto nestes. No primeiro capítulo serão definidos os conceitos essenciais no sentido de melhor compreender a problemática. No segundo capítulo será abordada a estratégia de pesquisa utilizada para dar resposta a problemática definida. O terceiro capítulo diz respeito às recomendações no controlo da dor oncológica e o quarto às

recomendações no controlo da dispneia. As implicações para a prática de enfermagem, contruindo para a promoção do conforto à pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família será abordada no quinto capítulo. O sexto capítulo reflete as conclusões retiradas sobre a aplicação destas recomendações.

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS ESSENCIAIS

No sentido de melhor entender os conceitos essenciais implicados nas recomendações fornecidas pela evidência científica no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, serão descritos os conceitos: fim de vida, sintoma, dor oncológica e dispneia.

Com a discriminação destes conceitos pretende-se uma linguagem uniforme para a leitura do documento, facilitando assim a aplicação das medidas de conforto recomendadas.

Fim de vida

O conceito de fim de vida prende-se com a presença de uma doença ou sintomas crónicos ou de incapacidade funcional persistente, que necessitem de cuidados formais ou informais e que conduzem à morte, correspondendo ao último ano de vida (Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes, 2012).

Sintoma

O sintoma é descrito como "a prova subjetiva de doença ou perturbação física observado por um doente." Implícito nesta definição é a natureza negativa dos sintomas e, mais importante, que os sintomas são observações da pessoa que experimenta diretamente a evidência de doença ou perturbação física. Em contraste com "sinais" da doença (como a febre ou hipertensão), os sintomas só podem ser conhecidos através do relato do doente (Cleeland, 2010).

Dor

Segundo o PNLCD (2008) citando a IASP, define-se como "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão". Assim a dor afeta a pessoa na sua globalidade, devendo a sua abordagem ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais mas as implicações psicológicas, sociais e culturais.

Dor Oncológica

Apesar dos avanços no tratamento do cancro, mais de 570.000 pessoas morrem em cada ano de cancro e mais de 70% terá a dor como um sintoma no final da vida (Paice, 2011). Assim, a dor é identificada como uma complicação frequente, com elevado impacto na vida da pessoa com doença oncológica. Destes 30% têm dor no momento do diagnóstico e 65 a 85% dos doentes com cancro avançado irão sentir dor, sendo que dois terços desses classificam a dor entre moderada a intensa (Pereira, 2010).

De acordo com uma revisão sistemática da literatura, para pessoas com doença oncológica após o tratamento curativo os níveis de prevalência de dor são de 33%, para pessoas em tratamento antineoplásico 59% e com metástases em fim de vida 64% (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Este sintoma é um dos mais prevalentes em pessoas com doença oncológica em fim de vida, interferindo com as atividades de vida diária. Cerca de 19-39% destes doentes sofrem de dor neuropática causada pelo tumor, pela cirurgia ou pelo tratamento. O alívio da mesma em 71-86% é considerada viável. Porém a dor ainda é subtratada, variando o tratamento inadequado entre 31-65% das pessoas. A OMS considera trágico constatar que a dor oncológica não é muitas vezes controlada por ausência de tratamento, ou por este ser inadequado, apesar de estar demonstrado que é possível em mais de 90% das pessoas, usando métodos simples de avaliação da dor e utilizando corretamente a medicação, podendo-se assim falar de um fosso terapêutico, isto é o que poderia ser feito e o que de facto se faz para tratar a dor (Marques, 2003).

Apesar das diretrizes publicadas e dos programas educacionais sobre avaliação e tratamento da dor oncológica, esta continua a ser uma preocupação de saúde pública a nível mundial. A dor oncológica pode ser uma importante questão dos sistemas de saúde de todo o mundo, uma vez que a incidência de novos casos de cancro em 2008 foi de 12.667.470 e com base nas projeções em 2020 será maior que 15 milhões (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Dispneia

Sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Porém esta não se encontra sempre associada a hipoxia, podendo os doentes experimentarem hipoxia e dispneia em conjunto ou separadamente. A sua etiologia na fase final de vida é

multifatorial variando desde fatores de natureza física a outros de natureza psíquica, social e espiritual (Barbosa & Neto, 2010, Weingärtner, et al, 2015, Corcoran, 2013).

Este sintoma pode ser o resultado de um cancro do pulmão ou de metástases pulmonares, toxicidade relacionada com a quimioterapia ou radioterapia ou com tratamentos cirúrgicos na cavidade torácica ou derrame pulmonar. Embora o doente seja oncológico, este pode não ser o fator de risco para este sintoma, ao contrário dos seus antecedentes pessoais, com a história de asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, alergias, ansiedade, insuficiência cardíaca congénita (Corcoran, 2013).

Vários estudos referem uma incidência entre pessoas com doença oncológica de 50%, e em pessoas com cancro avançado, situa-se perto de 90% (Barbosa & Neto, 2010). Corcoran (2013) refere que 15% -70% dos doentes oncológicos experienciou este sintoma. Embora este seja um sintoma que se encontre presente em mais de 50% das pessoas com doença oncológica em fim de vida muitas vezes este não é bem controlado. Em contraste com a dor, o mecanismo da dispneia relacionada com o cancro é menos compreendida (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).

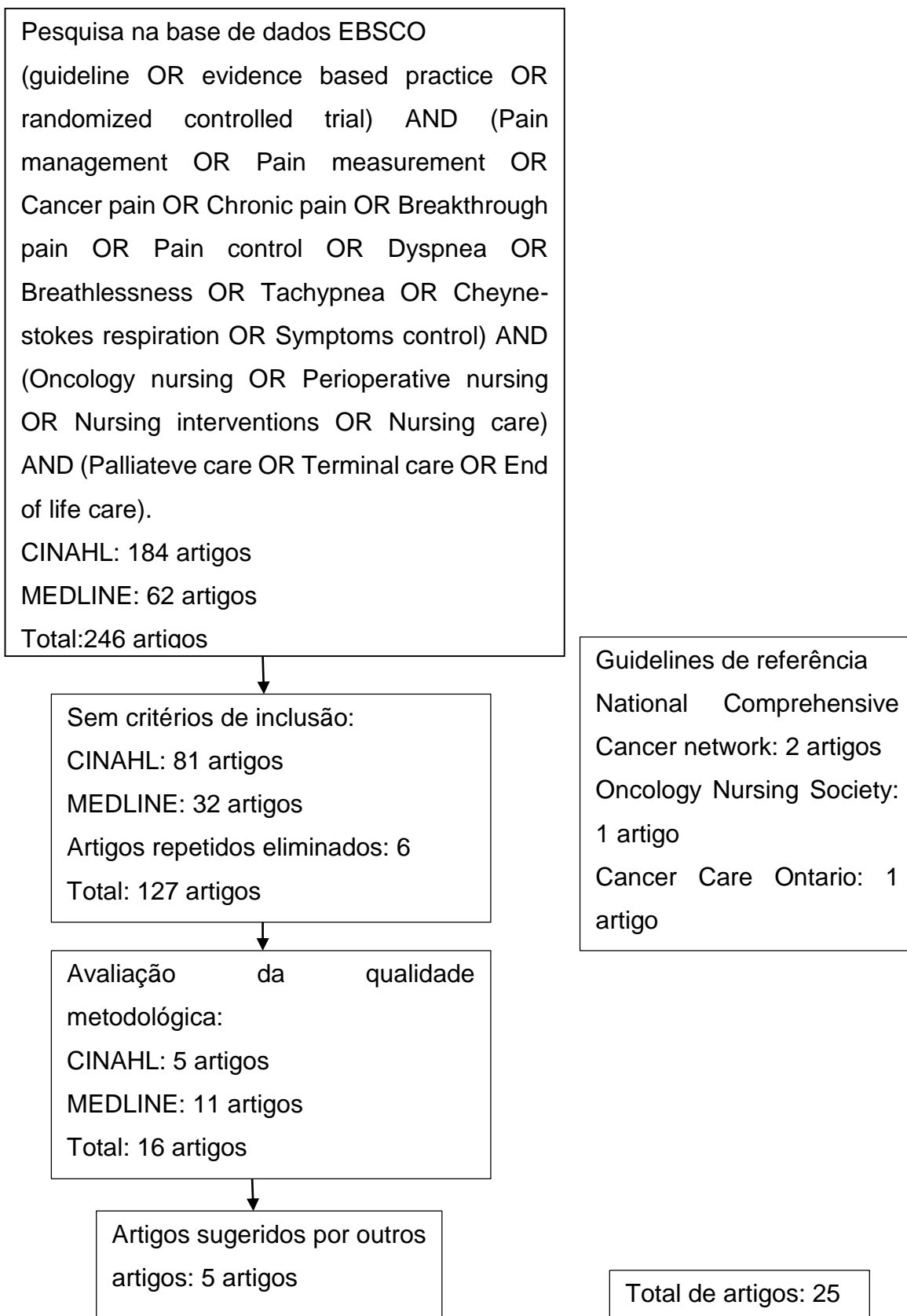
Este sintoma pode dominar completamente a vida da pessoa, causando incapacidade física, perda da independência e dignidade e baixa autoestima (Farquhar, et al, 2011). A sua gestão relacionada com o cancro continua a ser um desafio, verificando-se uma falta de diretrizes para a implementação de intervenções (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012, Bonk, 2012, p. 257 e Hui, et al, 2013). Sendo multidimensional, com consequências físicas e psicossociais, a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas são recomendadas, aumentando o conforto da pessoa (Nunn, 2014).

2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Na procura da melhor evidência científica disponível, como ponto de partida foi formulada a pergunta PI(C)O: “Quais as intervenções de enfermagem (Intervention) no controlo da dor e dispneia (Outcomes) na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Population) num serviço de internamento hospitalar de cirurgia (Setting)?”

A pesquisa foi realizada, utilizando como base de dados a ScienceDirect, Joanna Briggs Institute, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ResearchGate, EBSCO (CINAHL, MEDLINE), selecionando artigos em full text, com as palavras-chave: (guideline OR evidence based practice OR randomized controlled trial) AND (Pain management OR Pain measurement OR Cancer pain OR Chronic pain OR Breakthrough pain OR Pain control OR Dyspnea OR Breathlessness OR Tachypnea OR Cheyne-stokes respiration OR Symptoms control) AND (Oncology nursing OR Perioperative nursing OR Nursing interventions OR Nursing care) AND (Palliative care OR Terminal care OR End of life care). Os descritores foram pesquisados retrospectivamente de 2015 a 2010. Foram ainda incluídas as guidelines publicadas por entidades de referência na temática como a Oncology Nursing Society, National Comprehensive Cancer Network e Cancer Care Ontario e realizada uma pesquisa em vários livros publicados sobre a temática. Como critérios de exclusão, inserem-se os artigos em que a população-alvo tivesse uma idade inferior a 18 anos, não estivesse em contexto de internamento, repetidos nas bases de dados e artigos anteriores ao ano 2010. A figura 1 esquematiza o processo de pesquisa e seleção dos artigos.

Figura 1. Processo de pesquisa e seleção de artigos



Para delinear a aplicabilidade das linhas orientadoras no contexto clínico é necessário analisar a qualidade da evidência científica que está na base das recomendações, sendo para tal sugerido pela OE (2007) o recurso ao AGREE (Appraisal of guidelines for Research and Evaluation), um instrumento considerado útil no reconhecimento das linhas orientadoras da prática clínica, com os seguintes níveis de evidência:

1A- Evidência obtida através de uma meta-análise ou revisão sistemática de vários estudos comparativos aleatórios.

1B- Evidência obtida através de, pelo menos, dois estudos comparativos aleatórios.

2A- Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo exploratório intencional.

2B- Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo quase experimental.

3 – Evidência obtida através de estudo descritivo não experimental (estudos comparativos, estudos correlativos e estudos de caso).

4 – Evidência obtida através da opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades de saúde. (Ordem dos Enfermeiros. (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados).

3. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DOR ONCOLÓGICA

Relativamente ao controlo da dor oncológica, serão apresentadas as recomendações referentes à avaliação inicial, tratamento farmacológico e não farmacológico, vias de administração e gestão de efeitos adversos.

3.1. Apreciação da Dor Oncológica

Para desenvolver uma apropriada estratégia de tratamento, é fundamental uma apreciação completa da dor. Para que a informação obtida seja o mais completa possível, todos os elementos da equipa multidisciplinar têm um papel importante. Assim, cada prestador de cuidados (enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogo, dietista, entre outros) devem fazer um registo das respetivas observações no processo do doente (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002). Uma boa história clínica deve incluir a caracterização da dor como a sua localização, intensidade, irradiação, entre outros, bem como um exame físico completo. A exploração do que a dor significa para o doente é essencial (Barbosa & Neto, 2010).

A sua apreciação deve ser integrada na continuidade dos cuidados e o número de avaliações realizadas nas 24 horas depende da intensidade da dor e das necessidades da pessoa. As decisões terapêuticas deverão ser formalizadas, conhecidas e consultadas facilmente, (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

Assim é recomendado:

- Utilizar instrumentos de autoavaliação, salientando a importância do autorrelato da dor pelo seu carácter pessoal e subjetivo: Escala Visual Analógica, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Faces de Wong-Baker, Escala de Faces Revista, Inventário Resumido da Dor, Palliative Care Outcome Scale – Sintomas, Escala de Avaliação de Avaliação de Sintomas de Edmonton (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; NCCN (2014).
- Utilizar instrumentos de heteroavaliação quando existem défices cognitivos, que impeçam a pessoa de verbalizar a sua dor. A observação de comportamentos como a expressão facial, movimentos corporais, verbalização ou vocalização, mudanças nas atividades de rotina, podem

ser uma estratégia alternativa para avaliar a presença de dor mas não a sua intensidade: Behavioral Pain Scale na versão Portuguesa, Escala do Observador, Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa, Avaliação da dor em demências em estado avançado (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014).

- Avaliar as características da dor: intensidade, localização, duração da dor, ausência/presença de irradiação, frequência, tipo de dor (neuropática, visceral, somática, mista), padrão de dor (continua ou irruptiva), fatores de alívio e exacerbação, resposta ao esquema analgésico e à medicação de resgate, interferência nas atividades de vida diária (impacto no trabalho, vida social, padrões de sono, apetite, funcionamento sexual, humor, bem-estar) e a existência de outros sintomas associados (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013).
- Avaliar o impacto da dor nas componentes, psicológica, afetiva, sensorial, emocional e cognitiva (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Avaliar o estado psicológico e grau de conhecimento da doença do doente e cuidador (nível de preocupação relativamente à doença, à ansiedade, depressão, ideação suicida, ambiente social, qualidade de vida, problemas de comunicação, transtornos de personalidade e preocupações espirituais Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Avaliar se a pessoa realiza ou já realizou tratamentos oncológicos, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e se existem outras comorbilidades (insuficiência hepática, renal, diabetes, etc.) (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; NCCN, 2014).
- Avaliar a existência de comportamentos aditivos (álcool ou outras substâncias) (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014).

- Avaliar a presença de opióidofobia (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

3.2. Classificação tradicional da dor

Existem diferentes formas de categorizar a dor oncológica, porém a classificação de acordo com os seus mecanismos de ação subjacentes é considerada como útil. Esta classificação pode guiar a seleção da terapêutica apropriada, incluindo os tratamentos adjuvantes. Exemplo disso é a dor óssea que requer que se considere determinadas medidas farmacológicas, enquanto a dor neuropática implica um diferente conjunto de analgésicos adjuvantes. Estas recomendações serão desenvolvidas posteriormente (Barbosa & Neto, 2010; Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

- **Dor nociceptiva:** medida pela ativação dos recetores nociceptivos, sendo dividido em somática (bem localizada, constante ou intermitente, decorrente da pele, osso ou músculo como por exemplo devido a metástases ósseas, musculares ou infiltração dos tecidos moles) e visceral (constante, difusa, podendo ter uma sensação de aperto e por vezes pode ser precariamente localizada ou uma cólica, causada pela pressão ou danos nos componentes dos órgãos, devido a por exemplo metástases intra-abdominais, hepáticas, ou por obstrução intestinal) (Fielding, Sanford & Davis, 2013; McHugh, Miller-Saultz, Wuhrman & Kosharsky, 2012; Chapman, 2012).
- **Dor neuropática:** ocorre por lesão (destruição, infiltração, compressão do nervo) do sistema nervoso periférico ou central sendo frequentemente descrita como ardente, elétrica ou disparo, podendo subdividir-se em disestética/desaferenciação (ardor constante, hiperalgia, ocasionalmente radiante provocada por exemplo por invasão do plexo braquial ou do nervo trigémeo) e lancinante (dor lancinante episódica, ou paroxismos tipo choque, provocado por exemplo por invasão do plexo braquial ou do nervo trigémeo) (Fielding, Sanford & Davis, 2013; McHugh, Miller-Saultz, Wuhrman & Kosharsky, 2012; Chapman, 2012).
- **Dor aguda:** funciona como um aviso de ameaça para o corpo. Geralmente melhora quando a causa subjacente se encontra resolvida mas pode durar

dias a meses. Os enfermeiros podem ter um papel ativo no controlo da dor associado a procedimentos que se esperam ser dolorosos, podendo administrar o analgésico previamente e se necessário durante o procedimento (Chapman, 2012).

- **Dor crónica:** perdura no tempo, meses, anos, ou mesmo ao longo da vida, podendo piorar com o tempo e pode afetar a função física, a interação social e a qualidade de vida na sua globalidade. Após terapêutica oncológica pode ocorrer como resultado de síndromes dolorosas crônicas pós-cirúrgicas, neuropatia periférica induzida pela quimioterapia, síndromes de dor pós radioterapia e osteonecrose dolorosa causada pela radioterapia ou terapia de corticosteroides a longo prazo (Chapman, 2012).

3.3. Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor

A literatura recomenda que o tratamento algico deve cumprir a escada analgésica da OMS. Esta escada orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica, permitindo flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau da escada. A dor oncológica pode ser aliviada em grande parte das pessoas com a incorporação dos tratamentos antineoplásicos, terapia analgésica sistémica e outras medidas não invasivas como intervenções psicológicas ou de reabilitação. Assim, o princípio da utilização da escada analgésica tem por base os anti-inflamatórios não esteroides e outros analgésicos como paracetamol e metamizol de magnésio, o segundo degrau corresponde aos opióides fracos como a codeína e o tramadol e no topo da escada os opióides fortes como a morfina, buprenorfina ou o fentanilo. Em qualquer destes degraus pode-se adicionar medicamentos adjuvantes como anti-depressivos, anti-convulsivantes ou outros (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; Chapman, 2012).

3.3.1. Recomendações no tratamento da dor ligeira – Degrau I da Escada Analgésica da OMS (EN- 1-3)

- O paracetamol é recomendado, 1000mg oral ou endovenoso de 8/8 horas, sendo a dose máxima diária recomendada de 4g (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Paice & Ferrell, 2011).

- Os AINE's são recomendados no doente oncológico, prevenindo a síntese de prostaglandinas, reduzindo a inflamação sendo eficazes no controlo da dor (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; NCCN, 2014).
- Monitorizar periodicamente e rever a longo prazo o uso dos AINE's. Estes podem induzir toxicidades graves, tais como hemorragia gastrointestinal, disfunção das plaquetas e insuficiência renal. O ibuprofeno é recomendado 200-800mg oral com intervalo mínimo de 4/4horas, sendo a dose máxima diária recomendada de 3200mg. A idade avançada e a desidratação aumentam o risco dos efeitos adversos (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014).
- Recomenda-se a descontinuação dos AINE's se a função hepática aumentar 1.5 do limite considerado normal nas análises laboratoriais (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).
- Os antagonistas dos recetores de H2 e inibidores da bomba de prótons são recomendados na prevenção da úlcera péptica (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; NCCN, 2014).
- Os ciclooxigenase-2 (COX-2) podem causar menos efeitos secundários gastrointestinais, porém podem aumentar o risco de reações adversas cardiovasculares e não oferecem proteção contra a insuficiência renal (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Se a dor continua mal controlada apesar do aumento recomendado da dose, deve ser ponderado um analgésico mais forte. Porém, grande parte das pessoas com doença oncológica requerem uma mudança rápida para o uso de opióides fortes a fim de controlar a dor. Num estudo das diretrizes da OMS, quando as pessoas em fim de vida já usaram todos os degraus da escada analgésica, os benefícios da utilização dos analgésicos não opióides foram limitados a aproximadamente 3 semanas (Barbosa & Neto, 2010).

3.3.2. Recomendações no tratamento da dor moderada – Degrau II da Escada Analgésica da OMS (EN- 4-6)

- Considerar a adição ou substituição por opióides fracos e analgésicos adjuvantes, tendo também uma dose teto (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Caraceni et al., 2012).
- A codeína é um opióide natural mais fraco que a morfina, sendo a dose inicial de 15mg por via oral de 4/4horas e 15mg a cada hora se houver necessidade de doses de resgate, sendo que 360mg de codeína/dia traduzem-se em 60mg de morfina/dia (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al.,2012; NCCN,2014).
- O tramadol é o análogo sintético da codeína. Em diversos estudos é considerado como seguro e eficaz. Em Portugal encontra-se disponível em formulações orais e endovenosas. O seu mecanismo de ação é simultaneamente um agonista fraco dos recetores opióides e um inibidor da recaptação da noradrenalina e serotonina, sendo metabolizado no fígado. O tramadol é o análogo sintético da codeína, sendo a dose recomendada de 50-100mg por via oral de 4 a 6horas ou 100 a 200mg oral de 12/12horas nas formulações de libertação prolongada, sendo que doses diárias iguais ou superiores a 400mg não são recomendadas (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al.,2012; NCCN, 2014).
- Estudos demonstram eficácia na conjugação da codeína com o paracetamol. Foi comparado 150mg de codeína com 60mg de codeína mais 600mg de paracetamol, tendo sido demonstrado que a combinação realizada 4 vezes/dia foi tão eficaz e segura como a realização de apenas codeína 2 vezes/dia. Não foi demonstrada diferença na eficácia entre tramadol, codeína combinada com paracetamol e hidrocodona combinada com paracetamol, embora a associação com o tramadol tenha demonstrado mais efeitos secundários (Caraceni et al. 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Doses baixas de um opiáceo do de grau III, como por exemplo a morfina (doses iguais ou inferiores a 30mg por dia), a oxicodona (doses iguais ou inferiores a 20mg por dia) ou hidromorfona (doses iguais ou inferiores a 4mg por dia) podem ser usados em vez da codeína ou do tramadol (Caraceni et

al., 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Paice & Ferrell, 2011).

- A eficácia do segundo degrau da escada tem um limite de tempo de 30-40 dias. Assim, a maioria das pessoas transita para o terceiro degrau devido principalmente à analgesia alcançada ser insuficiente, em vez dos efeitos adversos. Outra limitação da utilização de opióides fracos é representado pelo "efeito teto", onde mais do que um certo limiar de dose não aumenta a sua eficácia, influenciando apenas o aparecimento de efeitos secundários, como náuseas, vômitos, tonturas, anorexia e astenia (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

3.3.3. Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa – Degrau III da Escada Analgésica da OMS (EN – 7-10)

Existe uma variedade de opióides fortes como morfina, buprenorfina, hidromorfona, oxicodona, fentanil e metadona. Estes opióides não têm um efeito teto o que permite o aumento das doses até ao alívio da dor. De acordo com a OMS a morfina é uma substância essencial no tratamento da dor oncológica, tendo uma variedade de formulações como oral ou elixires, comprimidos, supositórios, formulações de libertação prolongada ou imediata e fórmulas endovenosas (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

- É recomendada a utilização de morfina, sendo a dose inicial sugerida de 5-10mg oral de 4/4horas com uma dose de resgate de 2,5 – 5mg/hora oral se necessário. A biodisponibilidade em média é de 30- 35%, sendo que 90% é metabolizada no fígado (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Paice & Ferrell, 2011).
- Os dados não mostram diferenças significativas entre morfina, oxicodona, hidromorfona administrado por via oral podendo qualquer um destes três fármacos ser usados como a primeira escolha no terceiro degrau da escada analgésica (Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013).
- É recomendada a utilização de fórmulas de libertação rápida nas pessoas com dor intensa, podendo ser considerada a via endovenosa, quando para

além de intensa a dor é instável (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012).

- O perfil farmacocinético da morfina de libertação rápida é o seguinte: (T_{máx} <1 h; T_{semi-vida} 2-3 h, duração efeito de cerca de 4 h) (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012).
- Após a introdução dos opióides, poderá ser considerada a continuidade de analgésicos não opióides de forma a oferecer uma melhor analgesia que o opióide só por si, devido ao efeito sinérgico de acordo com a OMS (1996) e a SJMP (2013). A utilização de paracetamol poderá aliviar a dor e aumentar o bem-estar em doentes que realizavam um forte regime de opiáceos e a adição um AINE no terceiro degrau da escada da OMS pode melhorar o alívio da dor ou reduzir as necessidades da dose do opióide (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Paice & Ferrell, 2011).
- As formulações transdérmicas são uma alternativa aos opióides orais, sendo mais reservados aos doentes com necessidades de opióides estáveis. Sendo a sua administração não invasiva, deve ser considerada nas pessoas com dificuldades na deglutição, com baixa tolerância à morfina e em pessoas com baixa adesão à terapêutica (Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- O fentanil e a buprenorfina permitem o aumento lento dos níveis plasmáticos das drogas com semividas longas (vários dias) e um longo período de latência antes dos estados estacionários farmacológicos serem atingidos. A titulação deve ser feita de acordo com a sua semivida, ou seja, a cada 3 dias, utilizando opióides de libertação imediata no intermeio (Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- A metadona é uma alternativa à morfina oral, mas as suas características farmacocinéticas específicas e a sua semivida longa e imprevisível, requer a individualização cuidadosa de esquemas de dosagem. A metadona oral é o fármaco mais frequentemente considerado como uma opção para a prática de rotação de opiáceos. Apresenta uma excelente biodisponibilidade oral e retal, cerca de 85% e uma longa duração de ação o que resulta em intervalos

de administração mais longos (de 8 a 12 horas em vez de a cada 4 horas) e os custos são também mais baixos (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al, 2012; Paice & Ferrell, 2011).

- Comparando a metadona com outro opióide do degrau III da escada analgésica, foi possível verificar que não existe uma diferença na sua eficácia analgésica e a evidência de efeitos secundários mais frequentes como a sedação não é consistente (Caraceni et al, 2012).
- A metadona é em média, aproximadamente 10 vezes mais potente que a morfina. A conversão de um opióide para a metadona varia de acordo com a dose do opióide prévio. Por exemplo na mudança de uma dose baixa de morfina (menos de 100mg) a relação é aproximadamente 4:1, quando se muda de uma dose mais elevada a relação é de cerca de 12:1 (Caraceni et al, 2012).

3.3.4. Recomendações para o tratamento da dor moderada a intensa refratária – Degrau IV da Escada Modificada Analgésica da OMS

- Cerca de 10% das pessoas com doença oncológica não respondem aos três degraus anteriores, apresentando uma dor de difícil controlo por via oral ou endovenosa. Neste, estão preconizados a administração a longo prazo de anestésicos e opióides intra-espinhais e bloqueios do sistema nervoso simpático, bloqueios de nervos periféricos e bloqueios do neuroeixo (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Boveldt Vernooij-Dassen Besse Vissers & Engels, 2014).
- A maioria das orientações atuais reconhecem a evidência para os procedimentos de intervenção e o seu papel no tratamento de dor refratária aos opióides ou na presença de efeitos adversos que limitam a dose, tais como a sedação (Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- A eficácia da administração de agentes anestésicos locais como os alfa-2-adrenérgicos ou N-metil D-Aspartato (NMDA) antagonistas, em comparação com a via subcutânea é superior (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

- Na via epidural, apenas 20-40% da dose sistémica é necessária para alcançar a dose equianalgésica. Na via intratecal, basta 10% da dose sistémica de opióides (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Estas estratégias de intervenção não são recomendadas em doentes com coagulopatias, imunocomprometidas ou com esperança de vida inferior a 6 meses (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Uma série de intervenções oncológicas podem ser também apropriadas, como a terapia hormonal no cancro de mama metastático ou o cancro de próstata, a radiação para lesões dolorosas, ou a cirurgia como na reparação de fraturas patológicas (Caraceni et al, 2012).
- Apenas as diretrizes da ESMO e Sociedade Espanhola de Oncologia Médica recomendam a sedação paliativa como uma opção terapêutica para a dor refratária, o que poderia ser considerado um quinto passo na escada analgésica da OMS e um último recurso para o tratamento intratável do sofrimento (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

3.3.5. Vias de Administração

- Preferencialmente a via oral é a recomendada, sendo a mais fácil, simples e pouco dispendiosa para poder ser gerida pelo doente e/ou seus familiares/pessoa significativa, devendo os analgésicos ser prescritos em horário regular e não como terapêutica de resgate (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al., 2012; NCCN, 2014).
- Em mais de 60% dos doentes não é possível administrar analgésicos por via oral, devido a vários motivos como este encontrar-se nauseado e/ou com vômitos, apresentar disfagia grave, obstrução intestinal ou confusão mental grave, ou por apresentar dor intensa que necessite de uma reposta medicamentosa rápida e/ou na presença de efeitos adversos relacionados com opióides orais. Nestes casos outras vias alternativas devem ser tidas em conta como a subcutânea, intravenosa, transdérmica, transmucosa oral ou bucal, retal e intraespinal (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni et al., 2012).

- A via transdérmica não deve ser a escolhida quando a dor não se encontra controlada (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al., 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- A via subcutânea é eficaz e frequentemente mais conveniente comparativamente com a via intravenosa. Esta via é duas vezes mais potente do que a via oral. É uma via simples, devendo ser a primeira escolha nas pessoas em que não seja possível a administração de opióides pela via oral ou transdérmica (Caraceni et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- A via endovenosa deve ser considerada, quando a subcutânea se encontra contraindicada por anasarca, hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou necessidade de administração de grandes volumes (Caraceni et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- As formulações transmucosas orais estão associadas a melhores resultados na dor irruptiva, sendo mais eficaz que a morfina de libertação imediata oral. Por sua vez as formulações sublinguais tem numerosas vantagens sobre os opiáceos orais como uma melhor biodisponibilidade do que a morfina administrado por via oral, ignoram a depuração hepática e não tem de ser engolido (Caraceni et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Outras vias podem ser consideradas, quando o controlo da dor é inadequado ou quando os efeitos secundários são intoleráveis, sendo recomendada a via epidural ou intratecal (Caraceni et al., 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

3.3.6. Titulação de Opióides

- As doses iniciais de opióides podem não ser eficazes, a doença pode progredir, ou pode-se desenvolver uma tolerância a uma dose estável ao longo do tempo, existindo assim, necessidade de titulação. Não existem ensaios clínicos que permitam comparar a quantidade de aumento da dose regular de opiáceos ou o intervalo entre o aumento das doses. Porém, na prática comum utilizam-se opióides com uma semi-vida curta, como a morfina por exemplo (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013;

Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni, et al., 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

- Nos doentes em que nunca foram administrados opióides, a dose inicial é empírica, mas deve ser baixa e titulada para o efeito. A ESMO recomenda a administração de morfina de libertação imediata de 4 em 4 horas de forma a atingir a titulação individual (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni, et al., 2012).
- A titulação de opióides de ação rápida ou longa deverá ser realizada com a adição equivalente a 10-15% da dose total habitual do mesmo opióide, mas de ação rápida (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni, et al., 2012).
- A JSPM recomenda para o tratamento da dor não controlada, o aumento da dose diária total do opióide de 30-50% tendo em consideração o número de doses de resgate necessárias nas 24 horas precedentes. Se o score de dor permanece inalterado, a dose pode aumentar 50-100%. Se existir dor por fim-de-dose, desaparecendo o efeito analgésico antes da próxima dose, esta pode ser aumentada ou o intervalo entre as administrações diminuído (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).
- A titulação por via endovenosa encontra-se indicado quando se pretende um controlo rápido da dor (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Caraceni, et al., 2012).

3.3.7. Rotação de Opióides

- A rotação de opióides é o termo dado na prática clínica para substituir um opióide do terceiro degrau da escada analgésica por outro quando não existe um equilíbrio satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos secundários (Caraceni et al, 2012; Dale, Moksnes & Kaasa, 2010; Paice & Ferrell, 2011).
- As taxas de sucesso de rotação de opióides no controlo da dor variam entre 40% a 80% (Caraceni et al, 2012).
- É necessário ter em conta a individualidade de cada doente e a sua sensibilidade a cada um dos opióides para a rotação dos mesmos. Os fatores envolvidos são variabilidade inter-individual relacionada com a farmacocinética e a farmacodinâmica dos opióides e a variedade de locais

onde podem exercer as suas ações. Os opióides têm diferentes propriedades físico-químicas que resultam em farmacocinéticas diferentes, como a velocidade em que atravessam barreiras biológicas, tanto por difusão passiva como por processos ativos. Além disso, os opióides são eliminados pelas diferentes vias e alguns têm metabolitos ativos, novamente sujeitos à genética (Dale, Moksnes & Kaasa, 2010).

- Na rotatividade de opióides é recomendado que se inicie com uma dose mais baixa que a calculada nos rácios de equianalgesia, recorrendo à titulação para o controlo da dor. De forma a calcular a equianalgesia, é recomendado a contabilização da dose total realizada nas 24 horas no controlo da dor (Dale, Moksnes & Kaasa, 2010).
- Na conversão de morfina oral para a via subcutânea ou endovenosa, a relação pode ser aproximadamente 2:1 (Caraceni et al, 2012).
- A metadona é em média, aproximadamente 10 vezes mais potente que a morfina. A conversão de um opióide para a metadona varia de acordo com a dose do opióide prévio. Por exemplo na mudança de uma dose baixa de morfina (menos de 100mg) a relação é aproximadamente 4:1, quando se muda de uma dose mais elevada a relação é de cerca de 12:1 (Caraceni et al, 2012).

3.3.8. Recomendações no controlo da Dor Neuropática

- Segundo a OMS, a terapêutica adjuvante pode ser adicionada à terapêutica analgésica para corrigir os efeitos adversos dos mesmos, melhorar o controlo da dor, ajudar na componente psicológica como a ansiedade e a insônia. As recomendações atuais, referem-se ao uso de adjuvantes principalmente no tratamento da dor neuropática, reconhecendo a natureza única deste tipo de dor (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013; Paice & Ferrell, 2011).
- De acordo com as evidências disponíveis e com as orientações emanadas pela SJMP é recomendada a utilização de anti convulsivantes, antidepressivos, antiarrítmicos e corticosteroides na dor neuropática

relacionada com o cancro (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).

- É recomendado o uso de anti convulsivantes como gabapentina (100 a 300mg oral em toma única, à noite para devido ao efeito de sedação, sendo a dose máxima diária recomendada 3600mg), carbamazepina (100mg por via oral de 12/12horas, a dose máxima diária recomendada é de 400mg e pregabalina, devendo-se iniciar com 50mg oral de 8/8horas, sendo a dose máxima diária recomendada 600mg na dor neuropática neurálgica, tipo choque.) e pregabalina (dever-se-á iniciar com 50mg oral de 8/8horas dose máxima diária recomendada 600mg) na dor neuropática neurálgica, tipo choque (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Os anti-depressivos tricíclicos, como a amitriptilina, devem ser titulados com cautela uma vez que são suscetíveis de causar efeitos adversos no Sistema Nervoso Central. A amitriptilina pode fornecer um efeito benéfico na dor neuropática mas está associada a xerostomia, sonolência e confusão, sendo o seu uso contraindicado nos idosos pelos seus efeitos secundários poderem ser potencializados. Assim devem ser iniciados de 10-25mg/dia por via oral, não sendo recomendado mais que 75mg (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Os corticosteroides, como a metilprednisolona e dexametasona podem ser usados na dor neuropática, embora não haja dados para apoiar esta prática. Com base nas orientações da SJMP é recomendada a sua utilização na compressão medular, inflamação, pressão intracraniana aumentada, e metástases ósseas. São também comumente utilizados na prática clínica para metástases cerebrais e obstrução intestinal. A dexametasona é o corticosteroide preferencial, sendo recomendado 4 a 8mg por via oral de 12/12horas ou de 8/8 horas (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Após a dor se encontrar controlada, é aconselhado a descontinuação dos corticosteroides, pelos efeitos adversos como hiperglicemia,

imunossupressão, úlcera péptica ou síndrome de Cushing (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Caraceni et al, 2012).

3.3.9. Recomendações no controlo da Dor Óssea

- Os biofosfonatos podem proporcionar alívio da dor no quadro de metástases ósseas. Quando utilizados com analgésicos estes podem reduzir a morbilidade, diminuindo a incidência de fratura patológica, mas exigem cuidados preventivos dentais antes do tratamento, devido ao risco de osteonecrose da mandíbula (Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- O Denosumab pode ser considerado uma alternativa aos biofosfonatos na dor com ou sem metastização óssea derivado de tumores sólidos (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- É recomendado a radioterapia em dose única de 8Gy, na metastização óssea com dor refratária e na dor neuropática por metastização óssea é indicada a radioterapia com dose de 20Gy em cinco frações (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

3.3.10. Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva

- A dor irruptiva é geralmente caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão da dor habitual. É comum em pessoas com doença oncológica que têm um nível de dor geralmente bem controlada pela medicação de base, afetando cerca de 75% destes. As características da dor em fim de vida varia de pessoa para pessoa, incluindo a duração e as causas possíveis. Geralmente é imprevisível, surge rapidamente, varia na frequência e na duração e pode ser mais grave do que a dor de base (Caraceni et al, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Um grupo de peritos definiu a dor irruptiva como "uma exacerbação transitória da dor que ocorre espontaneamente, ou em relação a um gatilho específico previsível ou imprevisível, apesar de relativamente estável e controlada adequadamente a dor de base" (Buchanan, Geerling & Davies, 2014).

- Os episódios de dor incidental estão relacionados com uma causa identificável, e podem ser razoavelmente previsíveis. Dor incidental é causada por uma ação previsível da pessoa tal como dor na mobilização, sendo frequentemente classificada em três categorias diferentes: dor incidental volitiva é causada por um ato voluntário, por exemplo andar; dor incidental não-volitiva é causada por um ato involuntário, como tossir; e, finalmente, a dor de procedimentos está relacionada com uma intervenção terapêutica, por exemplo um penso para feridas (Chapman, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- É importante distinguir a dor incidental (volitiva ou não-volitiva), avanço da dor espontânea e a dor de falha fim-de-dose, uma vez que as estratégias de gestão serão diferentes. A dor incidental e o avanço da dor espontânea exigem um plano de gestão que incorpora medicação de resgate na fórmula de libertação imediata ou normal de um analgésico opióide, como a morfina ou uma preparação mais recente para uso específico no avanço da dor como a formulação transmucosa oral ou preparações intranasais de fentanil. A dor causada por falha de fim-de-dose requer a reavaliação da dose regular do analgésico para determinar se a dor é causada pela dosagem inadequada ou se o tempo entre cada administração é muito longo. Se a causa subjacente da dor irruptiva está relacionada com o cancro, as intervenções oncológicas podem ser incluídas no plano de gestão da pessoa, por exemplo radioterapia para uma nova metástases óssea que causa dor em movimento (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Chapman, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavratnik, Wengstrom, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- A dor irruptiva pode variar de indivíduo para indivíduo, por episódio e ao longo do tempo e é geralmente caracterizada de acordo com a sua:
 - a) Localização - muitas vezes a mesma dor de base;
 - b) Gravidade - mais graves do que a dor de base;
 - c) Características temporais - episódios por dia, início e duração;
 - d) Fatores precipitantes - incidente ou espontânea;
 - e) Previsibilidade;
 - f) Fisiopatologia - nociceptiva, neuropática ou mista;

- h) Etiologia – relacionada com o cancro ou com o tratamento;
- i) Fatores paliativos - tais como impacto na qualidade de vida (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).
- Um episódio de dor irruptiva é tipicamente caracterizado como tendo um início rápido e severo, tendo uma dor intensa. O episódio atinge a gravidade máxima dentro de 5 minutos e tem uma curta duração, desaparecendo dentro de 30-60 minutos (Caraceni et al, 2012; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).
- A avaliação completa da dor deve identificar a presença da dor de base e verificar se se encontra adequadamente controlada. Se a dor se encontra controlada, deve-se determinar se a pessoa tem exacerbações de dor transitória. É importante reconhecer que a dor relacionada com o cancro muda frequentemente. As seguintes perguntas poderão ser uteis para a avaliação da dor:
 - a) A avaliação da dor encontra-se a ser realizada de forma aprofundada?
 - b) A dose de longa duração de ação do opióide utilizado para o tratamento da dor de base necessita de ser aumentada para reduzir a frequência e possivelmente a intensidade da dor irruptiva?
 - c) O doente encontra-se a realizar o regime terapêutico pelo “relógio” como prescrito?
 - d) Existe medicação adjuvante para tratar outras vertentes da dor? (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavrtnik, Wengstrom, 2013).
- A gestão da dor irruptiva depende de uma variedade de fatores como a etiologia, fisiopatologia e características da dor. O objetivo do tratamento é reduzir a intensidade, gravidade e efeito de cada episódio de dor e diminuir o impacto sobre a qualidade de vida dos doentes. A gestão da dor irruptiva requer uma abordagem global e multidisciplinar e uma combinação de estratégias de tratamento, que pode incluir modalidades de tratamento farmacológico e não farmacológico (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Rustoen, Geerling,

Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavrtnik, Wengstrom, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

- Relativamente às abordagens não farmacológicas é recomendado a massagem, aplicação de técnicas de calor ou frio, técnicas de distração e relaxamento, sendo relatados como úteis pelos doentes. Estratégias cognitivas comportamentais podem ser consideradas, e outras estratégias complementares, como acupuntura também podem desempenhar um papel na gestão eficaz da dor segundo a EONS (2013) (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014; Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavrtnik, Wengstrom, 2013; Buchanan, Geerling & Davies, 2014).
- Quanto ao tratamento farmacológico, inclui a otimização da analgesia já instituída e ter analgesia de regate para quando estes episódios de dor irruptiva surjam (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).
- A via oral deve ser considerada como a primeira linha a ser utilizada e a analgesia prescrita deve ter em conta a gravidade da dor e não da doença (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).
- Nos episódios de dor irruptiva previsíveis, é recomendado a utilização de morfina por via oral de libertação imediata (por exemplo na dor em movimento, ao engolir, etc.), quando administrada 20 minutos antes dos “gatilhos” potenciais de dor. O fentanilo por via venosa ou sublingual tem um início de atividade mais curto no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à morfina oral. O fentanilo por via endovenosa ou sublingual tem um início de atividade mais rápido no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à morfina oral. Porém o fentanil transmucoso tem uma biodisponibilidade absoluta de 50%, sendo absorvido aproximadamente 25% pela mucosa oral, a dose residual (25%) é deglutida e absorvida pela via gastro-intestinal, atinge o pico aos 15min e tem uma semi-vida de 1h15. Na dor irruptiva a morfina administrada por via endovenosa comparativamente ao fentanilo transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos, mas aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Buchanan, Geerling & Davies, 2014).

3.3.11. Gestão de Efeitos Secundários

Os analgésicos opióides e não opióides fornecem significativos benefícios no tratamento da dor oncológica, porém não são dissociados de efeitos secundários, principalmente quando usados a longo prazo, tais como náuseas, vômitos, obstipação ou toxicidade do sistema nervoso central, sendo necessário a sua monitorização periódica (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

Náuseas e vômitos:

- Podem ser experimentados em cerca de 40% dos doentes oncológicos sem história de náuseas e vômitos. Ocorrem geralmente quando se utilizam opióides sem a prescrição de medicação antiemética. É, assim, recomendada medicação antidopaminérgica, como haloperidol (0.1 a 1mg oral de 6-8horas), ou antieméticos como a metoclopramida (10-15mg por via oral de 6-8horas) pela ESMO e pela SJMP (Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Raymond, et al, 2010; Fielding, Sanford, Davis, 2013).

Obstipação

- É um efeito secundário esperado dos opióides que afeta negativamente o conforto do doente oncológico, podendo afetar a adesão ao regime terapêutico e ao aumento significativo dos custos dos cuidados. Existe um consenso na recomendação da administração por rotina de laxantes por profilaxia (Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Quanto ao laxante a ser prescrito existe pouca evidência para a recomendação de um em detrimento de outro. As diretrizes da Associação Europeia de Cuidados Paliativos e da ESMO sugerem o uso adicional de metilnaltrexona, quando os laxantes convencionais não são eficazes (Caraceni et al, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Na obstipação crónica é recomendado a rotação de opióides (NCCN, 2014).

Toxicidade do sistema nervoso central

- Os sintomas incluem sonolência, alucinações, confusão, mioclonias e menos frequente alodinia. Estes efeitos podem dever-se à acumulação de metabolitos tóxicos no organismo, podendo ser resolvidos com a rotação do opióide, a redução da dose ou a mudança da via de administração. A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda a utilização de metilfenidato na sedação induzida pelos opióides, porém o limiar entre os efeitos desejáveis e indesejáveis como ansiedade, alucinações, e sudorese é estreita (Caraceni et al, 2012; Raymond, et al, 2010; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, Davis, 2013).
- Em pessoas com insuficiência renal (com índice de filtração glomerular inferior a 30mL/min), recomenda-se a administração de doses mais baixas de opióides, com posterior titulação cuidadosa (Raymond, et al, 2010; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- O fentanilo e a metadona são considerados os opióides mais seguros quando existe risco de toxicidade (Raymond, et al, 2010).
- Se os efeitos adversos são intoleráveis e incontrolláveis, deve ser considerada a diminuição da dose ou a rotação para um opióide alternativo (Raymond, et al, 2010).

3.4. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dor

- A dor tem sido descrita como uma experiência que afeta as dimensões física, psicossocial e espiritual, sendo um dos sintomas mais temidos e mais frequentes nos doentes oncológicos (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014; OE, 2008).
- A avaliação completa da dor poderá identificar sintomas psicológicos concomitantes, como a depressão ou a ansiedade, bem como o medo, insônia ou agitação, podendo estar marcada uma preocupação quanto ao futuro. É recomendado que os enfermeiros que lidam com doentes oncológicos priorizem a avaliação e o controlo da dor, sendo indispensável identificar os fatores que podem afetar a experiência da mesma, como a ansiedade e o significado atribuído à dor, uma vez que esta poderá constituir-se como uma

lembrança da natureza ativa do cancro ou indicar a progressão da doença (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Chapman, 2012; Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014; Paice & Ferrell, 2011).

- As medidas de conforto deverão ser concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa. Os doentes devem ser encorajados a participar nas decisões relacionadas com o tratamento. A escuta da pessoa e dos cuidadores ajuda na compreensão do impacto da dor na vida do doente e auxilia o enfermeiro na promoção de relações terapêuticas de confiança, permitindo uma abordagem proactiva para avaliação e gestão da dor. É imprescindível que os enfermeiros estejam disponíveis para os doentes, validando os seus sintomas, ouvindo-os e fornecendo uma oportunidade para discussão (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Farquhar, et al, 2011; Chapman, 2012; Kolcaba, 2003).
- O medo da utilização de opióides encontra-se ainda bem marcado, nomeadamente o receio do vício pode comprometer a adesão ao regime terapêutico. Porém, a incidência do vício de opióides em pessoas com doença oncológica com dor é baixa, devendo esta ideia ser desmistificada para promover a adesão à terapêutica prescrita. Nas pessoas com história de adição, este risco poderá estar aumentado. Aqueles com dependência de opiáceos terão uma maior tolerância e necessitarão de doses mais elevadas de opióides para conseguir a analgesia pretendida (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Fielding, Sanford, & Davis, 2013).
- É recomendado informar a pessoa da possibilidade do surgimento de dor nos diversos estadios da evolução da doença, seja diretamente relacionado com a neoplasia ou com os tratamentos antineoplásicos (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN 2014).
- O uso de várias ferramentas de ensino, tais como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, podem ajudar a pessoa a se sentir mais no controlo da sua dor. O enfermeiro tem também um papel fundamental no encaminhamento dos doentes para outros profissionais, sendo que a discussão de casos em equipa multidisciplinar pode ser benéfica para a resolução de problemas específicos (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti &

Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Chapman, 2012; NCCN, 2014).

- Com o fornecimento de informações são proporcionadas medidas de conforto definidas como “Coaching” ou orientação sendo intervenções de enfermagem que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível (Kolcaba, 2003).
- A articulação com assistentes sociais e psicólogos poderá ser uma mais-valia, para a integração de intervenções psicossociais que capacitem a pessoa e os seus cuidadores a lidar com a dor. Estas destinam-se a reforçar um sentimento de controlo sobre a dor ou sobre a doença subjacente (Paice & Ferrell, 2011).
- Exercícios, relaxamento, imaginação, hipnose, entre outras terapias comportamentais, modalidades físicas, tais como massagem, uso de calor ou frio, acupuntura, acupressão, e outros podem ser muito úteis. NCCN (2014) (Nível de evidência 2A) e Paice & Ferrell, 2011 (Nível de evidência 3).
- As intervenções cognitivo-comportamentais são recomendadas como medidas não farmacológicas na gestão da dor. Esta combinação de técnicas cognitivas (ex. diversão, atenção), com técnicas comportamentais (ex. relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e treino de estratégias de coping, ajuda a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, diminuindo por exemplo pensamentos negativos (NCCN, 2014; Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015; Paice & Ferrell, 2011).
- Outras medidas não farmacológicas são sugeridas como o relaxamento com imaginação que permite uma diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação. Aumenta assim, o foco nas sensações de bem-estar e diminui a tensão, ansiedade, depressão e a dor relacionada com a inatividade. A distração é uma estratégia utilizada para desviar a atenção da dor. Por sua vez, os exercícios com movimentos que promovem o alongamento e a resistência, combatem a rigidez e a debilidade associada à dor e à inatividade. Por outro lado, a imobilização é recomendada quando o objetivo é manter o alinhamento apropriado após uma lesão. A massagem, facilita o relaxamento e diminui a tensão muscular e a aplicação de calor e frio,

promove o relaxamento muscular e diminui a inflamação (Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014).

- Podem assim, ser desenvolvidas medidas que ajudem a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor, quanto à tranquilidade podem ser implementar medidas de relaxamento que facultam calma e facilitam um desempenho mais eficiente e relativamente à transcendência podem ser outorgados e reforçados ensinamentos que contribuem para a pessoa tome consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença (Kolcaba, 2003).
- A atividade física, fisioterapia e terapia ocupacional, podem ser utilizados como adjuntos aos analgésicos no tratamento da dor oncológica, porém deve ser avaliado o doente e os seus cuidadores na seleção destas terapias, nomeadamente o seu nível de fadiga, interesse, cognição entre outros (NCCN, 2014); Paice & Ferrell, 2011).
- O toque terapêutico é também uma medida não farmacológica recomendada no controlo da dor, uma vez que proporciona conforto ao doente, promove o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, relaxa, diminui a ansiedade e controla a dor, entre outros sintomas desconfortáveis, transmitindo assim tranquilidade (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Paice & Ferrell, 2011; Kolcaba, 2003).
- A estimulação elétrica transcutânea (TENS), ou seja, a aplicação de uma corrente de baixa intensidade através da colocação de eletrodos na pele que provoca a estimulação seletiva dos recetores sensitivos cutâneos a um estímulo cutâneo, permite a libertação de substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor e promovem a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas (NCCN, 2014).
- Outra recomendação para a gestão da dor, são os mecanismos de coping. Muitos doentes relatam o uso de métodos espirituais para lidar com a experiência de dor. A meditação, orações, ou outras práticas espirituais ajudam a pessoa a lidar com a dor, ficando mais relaxada, diminuindo a ansiedade, prevenindo a depressão e melhorando a força interior. A partir das suas crenças pessoais e religiosas os doentes ganham forças que lhes

permitem ser mais capazes de enfrentar a experiência de dor, bem como outros desafios físicos e limitações causadas pela mesma, tendo com isto, esperança que ajuda a lidar tanto com a dor como com a doença (NCCN, 2014; Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015).

- A cultura constitui-se uma vertente fundamental a ser avaliada, uma vez que se verifica que crenças culturais sobre tratamentos, medicação, rituais, orações e outras práticas espirituais que podem ser uteis no alívio da dor. Paice & Ferrell, 2011 (Nível de evidência 3).
- As medidas não farmacológicas podem favorecer a sensação da pessoa assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores diminuindo significativamente a sensação de impotência, uma vez que também estão envolvidos no controlo da dor (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013; Paice & Ferrell, 2011).

Desta forma, tem sido demonstrado que o tratamento da dor em combinação com o tratamento da ansiedade, depressão, e perturbações do sono é mais eficaz do que o tratamento desta isoladamente. A utilização de escalas multidimensionais para a avaliação completa da dor e da interferência desta na vida do doente está recomendada. A discussão dos casos em equipa multidisciplinar, havendo possibilidade de encaminhar o doente para um psicólogo, assistente social ou um assistente espiritual, poderá demonstrar-se benéfica (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014).

No entanto, continua a compartimentar-se o doente, não avaliando a dor em todas as suas vertentes e não comunicando adequadamente com o doente sobre a mesma. Para que tal seja possível, é necessária uma formação adequada dos profissionais, de forma a demonstrar que os sintomas auto-relatados pelos doentes são os indicadores mais importantes da dor. Os profissionais devem reconhecer os pensamentos e crenças dos doentes, tentando entender o significado que a dor tem para cada doente. A comunicação adequada entre os profissionais de saúde e doentes é vital para que a gestão da dor seja bem-sucedida (Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015; Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014).

4. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DISPNEIA

No concerne ao controlo da dispneia na pessoa com doença oncológica, tal como o recomendado no controlo da dor, serão expostas as recomendações no que diz respeito à avaliação por parte da equipa de enfermagem que deve auxiliar a identificar e controlar de forma eficiente a dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Morris & Galicia-Castillo, 2015). Posteriormente, serão apresentadas as medidas farmacológicas e não farmacológicas com vista ao seu controlo.

4.1. Apreciação da dispneia

A avaliação da dispneia tem sido um desafio devido à natureza subjetiva deste sintoma. Com os múltiplos fatores de risco associados a este sintoma, uma avaliação minuciosa pode ajudar na identificação das suas causas, o que leva a que possam ser tomadas opções de tratamento adequadas e eficazes (Corcoran, 2013).

Em serviços de agudos verifica-se uma escassez no registo das avaliações deste sintoma em doentes em fim de vida. Assim são recomendados protocolos, sendo um esforço para quebrar preconceitos e guiar a prática. O autorrelato deve ser privilegiado, contudo, nos últimos dias de vida, as pessoas podem experimentar alterações de consciência, dependendo dos prestadores de cuidados na observação de sinais não-verbais (Corcoran, 2013; Morris & Galicia-Castillo, 2015).

Assim é recomendado:

- A utilização de um algoritmo, O, P, Q, R, S, T, U, V, que sugere algumas perguntas na avaliação, que poderão ser adaptadas de acordo com cada doente (Raymond, et al, 2010).
 - a) Onset - Começo – Quando é que começou? Quanto tempo dura? Quantas vezes ocorre?
 - b) Provoking / Palliating - Provocando/paliar - O que provoca? O que o alivia? O que o exacerba?
 - c) Quality – Qualidade - Qual é a sensação? Pode descrevê-la?
 - d) Region / Radiation – Região/Radiação - Existem outros sintomas associados?
 - e) Severity- Gravidade - Qual é a intensidade do sintoma (numa escala de 0 a 10, sendo 0 nenhuma e 10 a pior intensidade possível)? Agora? Na

melhor hipótese? Na pior hipótese? Em média? Como este sintoma o preocupa? Há algum outro sintoma (s) que o acompanha?

- f) Treatment – Tratamento – Realiza alguma medicação ou tratamento atualmente? É eficaz? Existem efeitos secundários? No passado já tinha utilizado algum medicamento ou tratamento no alívio da dispneia?
 - g) Understanding / Impact on You – Entendimento/Impacto na sua vida – O que pensa que está a causar este sintoma? Como este sintoma o está a afetar? E à sua família?
 - h) Values – Valores - Qual é a sua meta para este sintoma? Qual é a sua meta de conforto ou nível aceitável para este sintoma (Numa escala de 0 a 10, sendo 0 nenhum e 10 o pior possível)? Existem outros pontos de vista ou sentimentos sobre este sintoma que são importantes para si ou para a sua família?
- É também recomendada a utilização de outros instrumentos de avaliação que incluam a dispneia, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e o Índice de Dispneia Modificado (Raymond, et al, 2010).
 - A utilização da escala visual analógica e a escala numérica pode ser imprecisa dada a subjetividade deste sintoma. A descrição realizada pela pessoa deve ser o padrão de ouro para a sua avaliação (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012; Bonk, 2012).
 - Despistar causas potencialmente tratáveis da dispneia (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Corcoran, 2013).

Causas potencialmente tratáveis	Opções de tratamento
Sistema respiratório	
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	Broncodilatadores inalatórios; corticosteroides inalatórios ou sistêmicos
Obstrução das vias aéreas	Radioterapia; corticosteroides sistêmicos; implante de stent; adrenalina nebulizada
Derrame pleural	Drenar; se for recorrente considerar agentes esclerosantes; cateter
Pneumonia	Antibióticos
Embolia pulmonar	Anti-coagulação
Sistema cardiovascular	
Angina de peito	Otimizar medicamentos convencionais
Fibrilação auricular	Medicamentos para o controle da frequência ventricular
Insuficiência Cardíaca Congestiva	Otimizar medicamentos convencionais

Derrame pericárdico	Drenar; se recorrente considerar agentes esclerosantes; janela pericárdica; cateter
Obstrução da veia cava superior	Corticosteroides; radioterapia; angioplastia
Outros sistemas	
Anemia	Transfusão sanguínea
Ascite severa	Drenar; se recorrente colocar cateter

Quadro 1. Causas de dispneia possivelmente tratáveis e opções de tratamento (Raymond, et al, 2010).

4.2. Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia

Opióides

- Os opióides têm sido utilizados no tratamento da dispneia de várias causas por mais de um século, apesar de, devido à correlação sugerida entre opióides e depressão respiratória a sua utilização clínica tenha diminuído ao longo dos anos. A maioria das evidências sobre o papel dos opióides no alívio da dispneia é derivada de condições não-malignas, havendo poucos ensaios clínicos randomizados que avaliam o papel dos mesmos em pessoas com doença oncológica em fim de vida (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).
- Existem benefícios na utilização de opióides, independentemente da pessoa ser ou não virgem de opióides, titulando-se a dose para obter uma melhor resposta. Não foram encontrados efeitos adversos graves evidentes, como a depressão respiratória ou a sedação (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012; LeBlanc & Abernethy, 2014).
- A titulação de solução de morfina de ação rápida por via oral tem sido o método tradicional para o controlo da dispneia refratária, porém um estudo demonstrou segurança e eficácia na utilização de morfina de ação prolongada para a dispneia refratária (LeBlanc & Abernethy, 2014).
- Relativamente à dosagem, as doses de morfina de 10 - 20 mg / 24 h, revelaram um efeito benéfico na maioria dos doentes (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).
- Nos doentes virgens de opióides, a administração de morfina 2,5 – 10mg per os a cada quatro horas ou 1-3mg endovenoso a cada hora é sugerido.

Em doentes que já realizavam opióides a recomendação é aumentar a sua dose em 50% (Corcoran, 2013).

- Os opióides nebulizados não devem ser utilizados na dispneia (Raymond, et al, 2010).
- Nos casos em que existe uma confirmação de derrame, para além de ser recomendado uma toracocentese, a administração de opióides pode ajudar a controlar os sintomas até que esta técnica seja realizada (Bonk, 2012; Corcoran, 2013).

Oxigenoterapia

- O papel do oxigénio na dispneia em pessoas com doença oncológica não hipóxicas (saturações periféricas inferiores a 90%) é questionável. Encontra-se recomendado a utilização de opióides existindo benefícios na sua administração, mas não na utilização de oxigénio (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).
- Não existe evidência que demonstre benefício na administração de oxigénio em pessoas com doença oncológica em fim de vida com saturações periféricas de oxigénio superiores a 90% e hemoglobina superior a 10g/L. O ar ambiente, a circulação de ar através de uma janela aberta, de uma ventoinha dirigida à face ou um leque é considerada eficaz e com baixos custos, sendo um cuidado de qualidade e com um custo inferior, devendo ser uma das intervenções iniciais na dispneia (LeBlanc & Abernethy, 2014).
- A administração de oxigénio é recomendada em pessoas com doença oncológica que apresentem hipoxemia, associada a hemoglobina inferior a 10g/L ou DPOC. A utilização de óculos nasais deve ser a escolha preferencial ao invés da máscara facial por poder causar uma sensação de claustrofobia e agravar a dispneia (Corcoran, 2013; Bonk, 2012; Raymond, et al, 2010).

Benzodiazepinas

- Comparando o midazolam em relação morfina versus a combinação dos dois fármacos, a morfina demonstrou ser mais eficaz do que o midazolam. Porém é evidente que o benefício da morfina no controlo dos níveis de linha de base de dispneia pode ser melhorado com a adição de midazolam no tratamento.

Numa fase inicial a dispneia foi atenuada por pelo menos em 50% utilizando a morfina ou o midazolam, o que pode ser explicado pela natureza multifatorial da dispneia relacionada com o cancro e à contribuição da ansiedade como fator desencadeante (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012; NCCN, 2011).

- As benzodiazepinas são recomendadas no controlo da ansiedade associada (Raymond, et al, 2010; Bonk, 2012).
- Quando a dispneia se encontra acompanhada de ansiedade, náuseas ou agitação, a administração de clorpromazina 7,5mg – 25mg per os de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 horas pode ser considerada (Raymond, et al, 2010).

Furosemida

- A evidência é insuficiente para suportar a utilização da furosemida nebulizada no tratamento da dispneia (Raymond, et al, 2010).

Corticosteroides

- São recomendados em pessoas com doença oncológica imunocomprometidas. A inflamação pode estar relacionada com a doença maligna, alergias ou com condições pulmonares não cancerosas. No final da vida, o excesso secreções pode estar muitas vezes presente, sendo recomendado a escopolamina e a atropina 1% gotas sublinguais (NCCN, 2011; Corcoran, 2013).
- Em doentes com DPOC pode ser considerado a utilização durante 5 dias de um corticosteroide, como a dexametasona 8mg/dia per os, subcutâneo ou endovenoso ou a prednisolona 50mg/dia per os. Se não houver benefício após 5 dias, o corticosteroide deverá ser descontinuado (Raymond, et al, 2010).
- Se não apresentam DPOC mas suspeita-se ou confirma-se envolvimento pulmonar devido ao cancro, os riscos e benefícios deverão ser ponderados. Durante 5 dias os benefícios potenciais poderão ser a estimulação do apetite ou o controlo da dor (Raymond, et al, 2010).

4.2.1. Recomendações para o tratamento da dispneia ligeira (ESAS 1-3)

- A passagem de ar pela face utilizando uma ventoinha, um leque ou uma janela aberta poderá aliviar este sintoma, em pessoas que não apresentem hipoxia (saturações periféricas de oxigénio superiores a 90%) (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011).
- Se não for suficiente, a administração de oxigénio por óculos nasais é recomendada, porém dever-se-á avaliar os benéficos durante alguns dias e interromper se não existirem benefícios (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011).
- A utilização de opióides orais, subcutâneos ou endovenosos é recomendada, se as abordagens não farmacológicas não forem suficientes para o alívio da dispneia ligeira.
 - a) Se a pessoa já previamente realizava opióides, a titulação da dose pode ser realizada utilizando o mesmo opióide se este for bem tolerado. Se pelo contrário o opióide não for bem tolerado, considerar a rotação para um opióide alternativo e titula-lo cuidadosamente até atingir o alívio da dispneia.
- Se o doente é virgem de opióides, este deve ser introduzido e titulado cuidadosamente até atingir o alívio deste sintoma (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).
- Devidamente titulado, a utilização de opióides não produz depressão respiratória (Raymond, et al, 2010; Corcoran, 2013).

4.2.2. Recomendações para o tratamento da dispneia moderada (ESAS 4-6)

Para doentes virgens de opióides é recomendado:

- 5mg morfina per os de ação rápida de 4 em 4 horas e 2,5mg como dose de resgate na dispneia refratária.
- Se a via oral não se encontra disponível considerar 3mg de morfina por via subcutânea de 4 em 4 horas e 1,5mg como dose de resgate após 1 hora se existir dispneia refratária (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).

Em doentes que já realizam opióides:

- Aumentar a dose regular em 25%, considerando a dose utilizada nas últimas 24 horas.
- A dose de resgate é 10% da dose total dos opióides regulares utilizadas nas últimas 24 horas, mantendo a mesma via de administração. Por via oral pode ser repetida de 2 em 2 horas, enquanto por via subcutânea pode ser realizada a cada hora (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).

Ajustes de dose:

- Se a dispneia permanece inadequadamente controlada é sugerido o aumento da dose do opióide regular depois de 24 horas a utilizar o opióide de ação rápida e após 48 horas se utilizar um opióide de ação prolongada. O aumento deverá ser 25% da dose total de resgates utilizados nas últimas 24 horas (Raymond, et al, 2010).
- Se a dose de resgate não proporciona alívio da dispneia refratária, pode-se aumentar 5% da dose total do opióide regular nas 24 horas (Raymond, et al, 2010).
- Quando a dose regular eficaz é determinada, deve ser considerado a conversão para uma formulação oral se for conveniente para o doente. (Raymond, et al, 2010).

4.2.3. Recomendações no tratamento da dispneia intensa (ESAS 7-10)

Em doentes virgens de opióides:

- Administrar 2,5mg de morfina por via subcutânea (ou uma dose equivalente de um opióide alternativo).
- Se for tolerado e for necessário, repetir de 30 em 30 minutos.
- Se duas doses falharem, pode ser considerado a duplicação da dose de forma a aliviar adequadamente a dispneia.
- Monitorizar a frequência respiratória, uma vez que o efeito pico da morfina por via subcutânea pode ser superior a 30 minutos.

- Se o doente tiver um acesso endovenoso disponível administrar a mesma dose recomendada para a via subcutânea de forma a se conseguir um efeito mais rápido.
- Monitorizar a frequência respiratória uma vez que o efeito pico da morfina administrada por via endovenosa é mais rápida (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).

Em doentes que já realizavam previamente opióides:

- Administrar um bólus de 10% da dose total do opióide que o doente se encontrava a realizar nas últimas 24 horas, por via subcutânea ou endovenosa, após ter previamente realizado equianalgesia de per os para essas vias.
- Se a dispneia persistir a dose pode ser aumentada em 25% (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).

4.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dispneia

- Intervenções não farmacológicas eficazes incluem exercícios de respiração como o treino da respiração profunda diafragmática e respiração com os lábios semicerrados. Estas estratégias promovem a efetiva função pulmonar, sensação de relaxamento e redução da ansiedade, conduzindo ao alívio físico e a tranquilidade. O doente deve ser ensinado a conservar energia, priorizando atividades e o descanso para não piorar a dispneia (NCCN, 2011; Bonk, 2012; Corcoran, 2013; Kolcaba, 2003).
- O apoio psicológico, toque terapêutico, folhetos com informação sobre como controlar este sintoma, ensinamentos dirigidos aos doentes e cuidadores, um ambiente tranquilo, posicionamentos com ajuda total ou parcial para reduzir o trabalho de respiração (descanso, recuperação, atividade), controlo da respiração, estimulação e *adaptação* dos estilos de vida, plano de exercícios individualizado, técnicas de relaxamento, técnicas de desobstrução das vias aéreas, ensinamentos sobre nutrição e hidratação, técnicas cognitivo-comportamentais, hipnose, acupuntura, acupressão, técnicas de relaxamento e encaminhamento para serviços especializados são recomendados no controlo da dispneia,

proporcionando para além do alívio físico, tranquilidade e transcendência, uma vez que a pessoa ganha competências para gerir a sua situação de doença (Raymond, et al, 2010; Farquhar, et al, 2011; NCCN, 2011; Bonk, 2012; Kolcaba, 2003).

- No final de vida, a sensação de ar a passar pela face pode reduzir a dispneia estimulando o nervo trigêmeo. A utilização de um leque ou de uma ventoinha pode melhorar a sensação de dificuldade respiratória (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011).
- O ensino ao doente de estratégias preventivas de forma regular é recomendada, como um programa de 3 a 8 semanas de intervenções cognitivo-comportamentais que envolvem seis intervenções:

1. Avaliar a dispneia - o que melhora e o que piora.

2. Fornecer informações e apoio aos doentes e familiares na gestão da dispneia.

3. Explorar o significado da dispneia, doença e do futuro com o doente.

4. Ensinar sobre técnicas de controlo de respiração, técnicas de relaxamento e distração.

5. Estabelecer objetivos para melhorar técnicas de respiração e relaxamento, a função, a participação em atividades sociais e desenvolver estratégias de coping.

6. Identificar sinais precoces de problemas que necessitem de intervenção médica ou farmacológica (Raymond, et al, 2010; Oncology Nursing Society, 2012).

Outras recomendações sugeridas, tendo em conta as capacidades dos doentes:

- a) Posicionamento vertical;

- b) Exercícios respiratórios;

- c) Ensino aos doentes para reconhecer fatores precipitantes;

- d) Disponibilizar aparelhos auxiliares de locomoção;

- e) Aumentar o fluxo de ar ambiente dirigido à face, tal como a utilização de uma ventoinha ou de um leque;

- f) Preferir as temperaturas frias (Raymond, et al, 2010, NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012).

- Relativamente aos posicionamentos são sugeridas posições que maximizem a função respiratória e diminuam o esforço físico:
 - a) Se a dispneia surge nos períodos de deambulação, é recomendado que o doente pare, se encoste a uma parede ou se sente inclinado para a frente e descanse com os braços sobre uma mesa.
 - b) Se surge deitado, pode ser considerada a posição folwer, considerada muitas vezes confortável. Os laterais, principalmente se houver um lado afetado maximiza a expansão pulmonar (Raymond, et al, 2010; NCCN. 2011; Oncology Nursing Society, 2012; Bonk, 2012).
- Quanto aos exercícios respiratórios:
 - a) Quando o doente se encontra na vertical, incentivar posicionamentos que permitam uma boa expansão pulmonar tal como estar encostado a uma parede.
 - b) Na posição sentado maximizar a expansão pulmonar, estando sentado no cadeirão ou à beira da cama, ligeiramente inclinado para a frente com os braços no descanso no cadeirão.
 - c) Se o doente se encontra no leito, o fowler é considerada uma posição de conforto, bem como as lateralizações maximizam a expansão pulmonar;
 - c) Minimizar a frequência das alternâncias de decúbito (Raymond, et al, 2010; NCCN, 2011; Oncology Nursing Society, 2012; Bonk, 2012).

5. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A sistematização da avaliação da dor e o registo dos dados é essencial para a sua deteção e tratamento. O enfermeiro tem um papel essencial na avaliação e registo da dor, considerando as características da mesma, como o local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de alívio e agravamento, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido, do estabelecimento do fluxo das ações a serem realizadas e gerência dos possíveis efeitos colaterais. Os dados da avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e para a avaliação dos tratamentos prescritos. Assim a avaliação inicial e contínua da dor e da pessoa deve esclarecer tanto a necessidade da avaliação global como a de um plano de cuidados (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013, Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels, 2014, NCCN, 2014 e Fielding, Sanford, Davis, 2013).

A autoavaliação com a comunicação adequada e regular da intensidade da dor e a utilização de ferramentas de avaliação validadas é o primeiro passo para um tratamento eficaz e individualizado, sendo as escalas mais utilizadas a Escala Visual Analógica, Escala de Avaliação Numérica, Escala Qualitativa. Em idade avançada, existindo comprometimento cognitivo ou nos últimos dias de vida, o autorrelato da dor é mais difícil, embora não haja evidência clínica da redução do sofrimento relacionado com a dor. A observação de comportamentos relacionados com a mesma tal como a expressão facial, movimentos corporais, verbalização ou vocalização, entre outras pode ser uma mais-valia para avaliar a presença de dor mas não a sua intensidade (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, NCCN, 2014 e Besse, Vernooij-Dassen, Vissers, Engels, 2014).

A literatura recomenda que o tratamento algico deve cumprir a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde. Esta escada orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica, permitindo flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau da escada. A dor oncológica pode ser aliviada em grande parte dos doentes com a incorporação dos tratamentos antineoplásicos, terapia analgésica sistémica e outras medidas não invasivas como intervenções psicológicas ou de reabilitação. Assim, o princípio da utilização da escada analgésica

tem por base os anti-inflamatórios não esteroides e outros analgésicos como paracetamol e metamizol de magnésio, o segundo degrau corresponde aos opióides fracos como a codeína e o tramadol, podendo estes serem substituídos por doses baixas de opióides do terceiro degrau como por exemplo a morfina e no topo da escada os opióides fortes como a morfina, buprenorfina ou o fentanilo. Em qualquer destes degraus pode-se adicionar medicamentos adjuvantes como anti-depressivos, anti-convulsivantes ou outros (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, Caraceni et al., 2012, Chapman, 2012).

A via oral é a preferencial, bem como a prescrição de esquemas terapêuticos regulares em horas fixas para o controlo da dor. A prescrição da medicação de resgate deve ser tida em conta nos episódios de dor irruptiva, que se manifesta apesar das doses regulares (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, Caraceni et al., 2012, Chapman, 2012).

No tratamento farmacológico, a titulação é recomendada. Inicialmente, as doses de opióides podem não ser eficazes, a doença pode progredir, ou pode-se desenvolver uma tolerância a uma dose estável ao longo do tempo, existindo assim, necessidade de titulação. Não existem ensaios clínicos que permitam comparar a quantidade de aumento da dose regular de opiáceos ou o intervalo entre o aumento das doses. Porém, na prática comum utilizam-se opióides com uma semi-vida curta, como a morfina. Em doentes em que nunca foram administrados opióides, a dose inicial é empírica, mas deve ser baixa e titulada para o efeito (Fielding, Sanford, Davis, 2013, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, Caraceni, et al 2012).

A rotação é o termo dado na prática clínica para substituir um opióide do terceiro degrau da escada analgésica por outro quando não existe um equilíbrio satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos, variando as taxas de sucesso entre 40-80%. É necessário ter em conta a individualidade de cada doente e a sua sensibilidade a cada um dos opióides para a rotação dos mesmos. Os fatores envolvidos são variabilidade inter-individual relacionada com a farmacocinética e a farmacodinâmica dos opióides e a variedade de locais onde podem exercer as suas ações. Os opióides têm diferentes propriedades físico-químicas que resultam em farmacocinéticas diferentes, como a velocidade em que atravessam barreiras biológicas, tanto por difusão passiva como por processos ativos. Além disso, os opióides são eliminados

pelas diferentes vias e alguns têm metabolitos (Caraceni et al, 2012, Dale, Moksnes & Kaasa, 2010 e Paice & Ferrell, 2011).

A dor neuropática, óssea e irruptiva são difíceis de controlar. A OMS recomenda a associação de terapêutica adjuvante à terapêutica analgésica para a correção de efeitos adversos dos mesmos, melhorar o controlo da dor, ajudar na componente psicológica como a ansiedade e a insônia. De acordo com as evidências disponíveis, é fortemente recomendado o uso de amitriptilina ou gabapentina na dor neuropática que não responde de forma completa aos opióides. Porém, a utilização destes fármacos com os opióides deve ser titulada com cautela, uma vez que são suscetíveis de causar efeitos adversos no Sistema Nervoso Central. A amitriptilina pode fornecer um efeito benéfico na dor neuropática mas está associada a xerostomia, sonolência e confusão, sendo o seu uso contraindicado nos idosos pelos seus efeitos secundários poderem ser potencializados. Os corticosteroides, como a metilprednisolona e dexametasona podem ser usados na dor neuropática, sendo recomendados na compressão medular, inflamação, pressão intracraniana aumentada, e metástases ósseas. São também comumente utilizados na prática clínica para metástases cerebrais e obstrução intestinal. A utilização de biofosfonatos pode proporcionar alívio da dor no quadro de metástases ósseas. Quando utilizado com analgésicos estes podem reduzir a morbilidade, diminuindo a incidência de fratura patológica, mas exigem cuidados preventivos dentais antes do tratamento, devido ao risco de osteonecrose da mandíbula (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, Caraceni et al, 2012, Fielding, Sanford, Davis, 2013 e Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

A dor irruptiva é caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão da dor habitual. É comum em pessoas com doença oncológica que têm um nível de dor geralmente bem controlada pela medicação de base, afetando cerca de 75% destes. As características da dor na pessoa em fim de vida varia de pessoa para pessoa, incluindo a duração e as causas possíveis. Geralmente é imprevisível, surge rapidamente, varia na frequência e na duração e pode ser mais grave do que a dor de base. A avaliação completa da dor deve identificar a presença da dor de base e verificar se se encontra adequadamente controlada. Se a dor se encontra controlada, deve-se determinar se o doente tem exacerbações de dor transitória, sendo recomendado várias questões no sentido de

diferenciar a dor irruptiva da dor de base mal controlada (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavratnik, Wengstrom, 2013, Chapman, 2012, Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014, NCCN, 2014 e Fielding, Sanford, Davis, 2013).

Os analgésicos opióides e não opióides fornecem significativos benefícios no tratamento da dor oncológica, porém não são dissociados de efeitos secundários, principalmente quando usados a longo prazo, tais como náuseas, vômitos, obstipação ou toxicidade do sistema nervoso central, sendo necessário a sua monitorização periódica, necessitando de uma abordagem multifatorial. O risco de depressão respiratória é o mais temido pelos profissionais de saúde, é recomendada a vigilância regular do estado de consciência do doente, bem como a observação das características da respiração (Fielding, Sanford, Davis, 2013, Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013 e NCCN, 2014).

As medidas não farmacológicas são também recomendadas no controlo da dor. Não sendo esta uma experiência meramente física é importante que o enfermeiro tenha uma escuta ativa da pessoa e dos seus cuidadores, percebendo o impacto que a dor tem na vida destes, a individualização dos cuidados e a inclusão do doente nas decisões relacionadas com o tratamento é recomendado. O uso de várias ferramentas de ensino, tais como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, podem ajudar a pessoa a se sentir mais no controle da sua dor. O enfermeiro tem também um papel fundamental no encaminhamento dos doentes para outros profissionais, sendo que a discussão de casos em equipa multidisciplinar pode ser benéfica para a resolução de problemas específicos. Exercícios, relaxamento, imaginação, hipnose, entre outras terapias comportamentais, modalidades físicas, tais como massagem, uso de calor ou frio, acupuntura, acupressão, estimulação elétrica transcutânea (TENS), e outros podem ser muito uteis. Estas medidas podem favorecer a sensação da pessoa assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores diminuindo significativamente a sensação de impotência, uma vez que também estão envolvidos no controlo da dor (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Chapman, 2012, Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014, NCCN 2014 e Paice & Ferrell, 2011).

No que concerne à dispneia, tal como na dor a sua avaliação completa é a base para a tomada de decisão nas intervenções a serem aplicadas. Assim é recomendado a utilização de um algoritmo, O, P, Q, R, S, T, U, V, (Onset – Começo, Provoking / Palliating - Provocando/paliar, Quality – Qualidade, Region / Radiation – Região/Radiação, Severity- Gravidade, Treatment – Tratamento, Understanding / Impact on You – Entendimento/Impacto na sua vida e Values – Valores) que sugere algumas perguntas, no sentido de aprofundar a avaliação deste sintoma. É também recomendada a utilização de outros instrumentos de avaliação que incluam a dispneia, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e o Índice de Dispneia Modificado (Raymond, et al, 2010).

As diretrizes dos cuidados paliativos recomendam que o tratamento inicial deve visar a causa subjacente quer seja o cancro ou não. As causas potenciais tratáveis da dispneia devem ser despistadas e as suas opções de tratamento consideradas (Corcoran, 2013, NCCN, 2011, Hui, et al, 2013 e Raymond, et al, 2010).

A utilização de opióides no tratamento da dispneia em pessoas com doença oncológica em fim de vida tem sido amplamente utilizado, sendo recomendado por especialistas e por diretrizes internacionais, porém não se encontra claro a sua utilização no internamento de agudos. O termo “opioidofobia” descreve a apreensão dos profissionais de saúde e da população em geral na utilização de opióides. As principais preocupações estão relacionadas com a dependência, a correlação com a depressão respiratória e principalmente pela noção ampla que os opióides podem diminuir a sobrevivência (Morris & Galicia-Castillo, 2015).

Oito ensaios clínicos randomizados avaliaram o efeito de opióides em várias vias de administração. Cinco deles eram estudos cruzados avaliando opióides versus placebos que incluíram um total de 130 doentes na sua grande maioria com cancro do pulmão ou com metástases pulmonares. A meta-análise foi realizada apenas para os ensaios que compararam a morfina com placebo. Todos os estudos foram duplo cegos, ensaios randomizados controlados cruzados. A avaliação sistemática revelou que os opióides foram benéficos independentemente da pessoa ser virgem de opióides ou não, titulando-se a dose para obter uma melhor resposta. Não foram encontrados efeitos adversos graves evidentes, como a depressão respiratória ou a sedação, nem um efeito significativo na sobrevivência (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012 e LeBlanc & Abernethy, 2014).

A titulação da solução de morfina de ação rápida por via oral tem sido o método tradicional para o controlo da dispneia refratária, porém um estudo demonstrou segurança e eficácia na utilização de morfina de ação prolongada para a dispneia refratária (LeBlanc & Abernethy, 2014). Relativamente à dosagem, as doses de morfina de 10 - 20 mg / 24 h, revelaram um efeito benéfico na maioria dos doentes (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).

Relativamente à administração de oxigénio não houve evidência de benefícios em pessoas não hipoxémicas. Existe uma discrepância entre a ampla utilização do oxigénio na prática clínica e a falta de benefícios clínicos observados numa revisão sistemática da literatura e numa meta-análise de ensaios clínicos randomizados de intervenções para aliviar a dispneia. Foram incluídos seis estudos na revisão sistemática e meta-análise com um total de 179 doentes. Estes estudos concluíram que existia um benefício na utilização de opióides mas não na utilização de oxigénio. Na avaliação da utilização do oxigénio em comparação com o placebo, não houve eventos adversos assim como não diferenças significativas entre os dois (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012).

Em pessoas com doença oncológica em fim de vida com saturações periféricas de oxigénio superiores a 90% e hemoglobina superior a 10g/L, não existe evidência que demonstre o seu benefício. Porém, o ar ambiente, a circulação de ar através de uma janela aberta, de uma ventoinha dirigida à face ou um leque é considerada eficaz, sendo um cuidado de qualidade e com um custo inferior, devendo ser uma das intervenções iniciais na dispneia (LeBlanc & Abernethy, 2014).

Em situações de hipoxemia, associada a hemoglobina inferior a 10g/L ou DPOC a administração de oxigénio é recomendada, preferindo a utilização de óculos nasais ao invés de máscara, uma vez que esta pode causar uma sensação de claustrofobia e agravar a dispneia (Bonk, 2012, Corcoran, 2013, Raymond, et al, 2010 e Hui, et al, 2013).

A utilização de benzodiazepinas não se encontra recomendada no controlo da dispneia. No entanto, as benzodiazepinas podem ser utilizados no controlo da ansiedade associada (Raymond, et al, 2010 e Bonk, 2012).

Dois estudos compararam midazolam em relação morfina versus a combinação dos dois agentes. No estudo a morfina primeiro demonstrou ser mais eficaz do que midazolam em 24 horas embora não seja estatisticamente significativo.

O efeito social benefício da morfina no controle dos níveis de linha de base de dispneia pode ser melhorada com a adição de midazolam no tratamento. Numa fase inicial a dispneia foi atenuada por pelo menos em 50% utilizando a morfina ou o midazolam, o que pode ser explicado pela natureza multifatorial da dispneia relacionada com o cancro e à contribuição da ansiedade como fator desencadeante. São necessários mais estudos para revelar o papel das benzodiazepinas (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012, NCCN, 2013). Não existem estudos comparativos disponíveis para recomendar ou não a clorpromazina no controlo da dispneia. Porém, quando esta se encontra acompanhada com ansiedade, náuseas ou agitação a clorpromazina 7,5mg – 25mg per os de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 horas pode ser considerada (Raymond, et al, 2010).

Os corticosteroides encontram-se recomendados, quando uma inflamação está diagnosticada. Em pessoas em fim de vida, a acumulação de secreções poderá ser um fator de inflamação, encontrando-se recomendado a utilização de escopolamina e a atropina 1% gotas sublinguais (Corcoran, 2013, NCCN, 2011). Se houver diagnóstico de DPOC, a utilização de um corticosteroide como a dexametasona 8mg/dia per os, subcutâneo ou e endovenoso ou a prednisolona 50mg/dia per os durante 5 dias pode ser considerada, recomendando-se a descontinuação destes se não houver benefícios após estes dias. Por sua vez em pessoas sem DPOC, mas com suspeita ou confirmação de envolvimento pulmonar devido ao cancro, os riscos e benefícios deverão ser ponderados. Durante 5 dias os benefícios potenciais poderão ser a estimulação do apetite ou o controlo da dor (Raymond, et al, 2010).

Uma vez que cerca de 90% dos doentes apresentam dispneia pouco antes da morte, o desafio imposto aos profissionais de saúde é reduzir o sofrimento e proporcionar conforto (Corcoran, 2013). Constituindo-se este sintoma uma experiência muito assustadora para os doentes e suas famílias, as intervenções não farmacológicas demonstram-se eficazes e incluem exercícios de respiração como o treino da respiração profunda diafragmática e respiração com os lábios semicerrados. Estas estratégias promovem a efetiva função pulmonar, sensação de relaxamento e redução da ansiedade. O ensino aos doentes e seus cuidadores, com a disponibilização de folhetos informativos de como controlar este sintoma, ensinando o doente a conservar energia, priorizando atividades e o descanso para não piorar a dispneia bem como um ambiente tranquilo, o toque terapêutico ou o apoio psicológico

encontram-se recomendados no controlo da dispneia. É necessário ter em consideração que este é um sintoma subjetivo, não existindo medidas objetivas definitivas para o controlo da dispneia (Farquhar, 2011 Bonk, 2012, Nunn, 2014, NCCN, 2011 e Corcoran, 2013).

Tendo em conta as recomendações farmacológicas e não farmacológicas dirigidas ao controlo destes sintomas, encontram-se definidas três tipos de medidas de conforto, sendo elas, medidas de conforto técnicas que se destinam a manter a homeostasia e a gerir sintomas, tendo como objetivo manter ou recuperar funções fisiológicas, proporcionando conforto e prevenindo complicações, “Coaching” ou orientação que são intervenções de enfermagem que visão aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível e Cuidados confortadores da alma que dizem respeito a intervenções de enfermagem não técnicas mas que fazem os doentes se sentirem fortalecidos de forma personalizada, tendo como objetivo obter a transcendência através da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, como massagens, exercícios de relaxamento e modificações que permitam criar um ambiente calmo e tranquilo (Kolcaba,2003).

6. CONCLUSÃO

Em pessoas com doença oncológica em fim de vida, geralmente são múltiplos os sintomas que sentem sendo a dor e a dispneia um *cluster* estável e com elevada incidência nesta população e por isso importante a definição de linhas orientadoras no concerne ao controlo destes no sentido de proporcionar o maior conforto aos doentes e seus cuidadores (MacDonald, 2002, Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014 e Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010).

Em ambos os sintomas, a literatura recomenda a sistematização, avaliação e registo dos mesmos que permita o diagnóstico etiológico, a identificação de componentes cognitivos, psicológicos e sociais que se encontrem a influenciar a vivência dos mesmos, levando a uma individualizada prescrição terapêutica e avaliação dos tratamentos prescritos. Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com o doente, este tem um papel fundamental no controlo destes sintomas, exigindo uma avaliação abrangente e holística, tendo atenção aos detalhes. (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013, Corcoran, 2013 e Morris & Galicia-Castillo, 2015).

As causas destes sintomas são multifatoriais, sendo que as opções de tratamento incluem intervenções farmacológicas que são reforçadas com a utilização em simultâneo de intervenções não farmacológicas, contribuindo para a redução da intensidade dos sintomas, das suas exacerbações e da ansiedade, diminuindo assim o sofrimento e proporcionando o aumento do conforto (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014, Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015 e Farquhar, 2011, p.3).

Desta forma, com o conhecimento sobre a etiologia da dor e dispneia, desenvolvendo habilidades de avaliação e tratamento, os profissionais de saúde encontram-se melhor preparados na prestação de cuidados eficazes em pessoas com doença oncológica em fim de vida. O aprofundando de conhecimentos, poderá proporcionar uma prescrição segura e eficaz de terapêutica regular, antecipando efeitos adversos. A tomada de decisão é um componente essencial em cuidados paliativos, sendo os enfermeiros essenciais, influenciando significativamente os cuidados prestados, através da avaliação, de uma comunicação eficaz, estando presente junto dos doentes e seus cuidadores (Nunn, 2014).

A elaboração e divulgação de linhas orientadoras de boa prática torna-se uma prática importante e recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, uma vez que permitirá aos profissionais acederem a informação fiável e atualizada sobre o controlo destes sintomas. Esta informação parte da pesquisa da evidência científica disponível, proveniente de fontes de reconhecido mérito, de estudos sistematizados e representativos no controlo da dor e dispneia em pessoas com doença oncológica em fim de vida. Porém, para além dos profissionais poderem ser guiados por estas linhas orientadoras é fundamental ter em conta a individualidade de cada doente (OE, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros refere ainda que a produção de linhas orientadoras de boa prática constituem uma base estrutural importante para a melhora contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

A avaliação dos resultados é obtido pelo nível de conforto em que a pessoa com doença oncológica e sua família se encontra, sendo indispensável ouvir o doente relativamente à melhoria do seu estado, ou o evidenciar através de atitudes e expressões e se necessário planear ou implementar novas intervenções de enfermagem intencionalmente dirigidas ao conforto (Kolcaba, 2003).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appraisal og Guidelines for Research and Evaluation. (2001). The Agree Instrument. The Agree Collaboration, St. George's Hospital Medical School.
- Azevedo, L, Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., *et al.* (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico da Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor. *Dor*. 15. (4). 4-57.
- Batalha, L.M.C., Duarte, C.I.A., Rosário, A.F.R., Costa, M.F.S.P., Pereira, V.J.R., Morgado, T.M.M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*. 8. 7-16.
- Batalha, L.M.C., Figueiredo, A.M., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*. 3. (9). 7-16.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ben-Aharon, I., Gafter-Gvili, A., Leibovici, L. & Stemmer, S.M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*. 51. 996– 1008.
- Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.
- Bonk, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 39. (3). 257-260.
- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Besse, K. & Engels, Y. (2014). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*. 23.1409-1420.
- Buchanan, A., Geerling, J., & Davies, a. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20. (3). 126-129.

- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S. Bennett, M.I, Brinelli, C., Cherny, N. ...Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58 – 68.
- Cancer Care Ontário. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canadá: Cancer Care Ontário.
- Cancer Care Ontário. (2010). *Provincial Palliative Care Integration Project, RESOURCE MANUAL: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) Instruction*. Canadá: Cancer Care Ontário.
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*. 26. (47). 42-46.
- Cleeland, C.S. (2010). Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient-Reported Outcomes (ASCPRO): Searching for Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39. (6).1077-1085.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17.(4).438-440.
- Dale, O., Moksnes, K., & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*. 25.(5) 494– 503.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Dong, S., Butow, P., Costa, D., Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1-32.
- Farquhar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.
- Fielding, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*. 19. (12). 584-591.

- Holen, J.C., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Hjermland, M.J. Loge, J.H, & Kaasa, S. (2007). Dolopius-2, a valid tool for behavioural pain assessment?. *BMC Geriatrics*. 7. (29). 1-9.
- Hui, D., Morgado, M., Chisholm, G., Withers, L., Nguyen, Q., Finch, C., Frisbee-Hume, S. & Bruera, E. (2013). High-Flow Oxygen and Bilevel Positive Airway Pressure for Persistent Dyspnea in Patients With Advanced Cancer: A Phase II Randomized Trial. *Journal of Pain & Symptom Management*. 46.(4). 463-473.
- Karabulu, N., Erci, B., Ozer, N., & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66. (5). 1011–1021.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12. (7). 989– 992.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*. 5. (2). 301-304.
- McHugh, M.E., Miller-Saultz, D., Wuhrman, E.& Kosharsky, B. (2012). Interventional pain management in the palliative care patient. *International journal of Palliative Nursing*. 18. (9). 426-433.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures. Lusociência.
- Morris, D. & Galicia-Castillo, M. (2015). Dying With Dyspnea in the Hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 26. 1-3.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*. 12. 7. 338-344.

- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Paice, J.A. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *A Cancer Journal for Clinicians*. 61.157–182.
- Pathmawathi, S. Beng, T.S., Rosli, R. Sharwend, S. Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16. (4). 552-560.
- Pimenta, C.A.M. & Ferreira, K.A.S.L. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole.
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M.; Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Rustoen, T., Geerling, J.I., Pappa, T., Rundtrom, C., Weisse, I., Williams, S.C., Zavratinik, B. & Wengstrom, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 17. 402-407.
- Sapeta, P., Lopes, M. (2007) - Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referencia II*. 4. 35-60;
- Siegert, R.J., Goa, W., Walkey, F.H., Higginson, I.J. (2010). Psychological Well-Being and Quality of Care: A Factor-Analytic Examination of the Palliative Care Outcome Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40. (1).67-74.

- Weingärtner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Eywill, M.S., Prenzel, R. Otremba, B. Mühlenbrock, J. Bausewein, C., Higginson, I.J., Voltz, R., Herich, L. & Simon, S.T. (2015). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliative Medicine*. 29. (5) 420 – 428.
- Wengstrom, Y., Geerling J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*. 18. 127-131.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.

APÊNDICES

Apêndice I- Instrumentos de Avaliação da Dor/Sintomas

A dor e dispneia pelo seu carácter multidimensional e subjetivo leva a que surjam dificuldades na sua apropriada medição e caracterização, o que conduz a um consenso sobre a necessidade de dispor de instrumentos que permitam a medição destes sintomas e de outros a eles associados, de forma válida e reproduzível (Azevedo, et al, 2007 e Cleeland, 2010).

Na escolha dos instrumentos de avaliação, deve ser considerado o tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais. Deve ainda ser rigoroso, objetivo e credível, evitando desvios, manipulações indesejáveis ou envolvimento pessoal, bem como ser simples, claro, fácil de aplicar e compreender e utilizável por todos (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002, OE, 2008 e a DGS, 2008).

A autoavaliação com a comunicação adequada e regular da sua intensidade e a utilização de ferramentas de avaliação validadas é o primeiro passo para um tratamento eficaz e individualizado (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012 e Besse, Vernooij-Dassen, Vissers, Engels, 2014).

A avaliação da intensidade da dor deve privilegiar instrumentos de autoavaliação, como a escala visual analógica, escala numérica, escala qualitativa, escala de faces de Wong-Baker, escala de faces revista, devendo ser assegurado a compreensão da pessoa/familiar/pessoa significativa, das escalas de autorrelato após o seu ensino. Nas pessoas com incapacidade de verbalizar a sua dor e/ou com alterações cognitivas, devem ser utilizadas escalas de heteroavaliação tendo em conta indicadores fisiológicos e comportamentais. A escala escolhida no primeiro contacto deve ser mantida em todas as restantes avaliações, à exceção de ocorrer uma alteração clínica que justifique a sua mudança, devendo ser garantido a comunicação dos resultados da avaliação à equipa multidisciplinar (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002, OE, 2008 e a DGS, 2008).

A avaliação regular da presença de sintomas e da sua gravidade deve constituir um padrão de boa prática (Barbosa & Neto, 2010).

Desta forma, serão apresentados instrumentos unidimensionais (que avaliam apenas a intensidade da dor), instrumentos de heteroavaliação, quando o autorrelato não é possível e instrumentos multidimensionais que avaliam dimensões sensitivas,

cognitivas e emocionais (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002, OE, 2008, DGS, 2008).

Escalas Unidimensionais

Estas escalas avaliam a dor globalmente segundo a sua intensidade. Porém, na sua escolha deve ser tida em consideração, que existem diferenças relacionadas com a forma como a escala é apresentada, que pode induzir o doente a erros (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

Escala Visual Analógica

Esta é uma escala que se apresenta sob a forma de uma linha vertical ou horizontal de 10 cm de comprimento, onde uma das extremidades tem assinalada a classificação “Sem Dor” e na outra “Dor Máxima”. O doente deverá realizar uma cruz ou uma linha perpendicular à linha da escala, no ponto que melhor representa a intensidade da sua dor. Posteriormente esta linha deverá ser medida em centímetros para se obter a classificação numérica que será assinalada na folha de registo. Este é um instrumento sensível que oferece um conjunto de respostas não memorizáveis pelo doente, de uma avaliação para a outra. É fácil de utilizar e permite medidas aproximadas. Porém 20% dos doentes não a compreendem (crianças, idosos, doentes com limitações de capacidade de atenção). A utilização da régua exige a leitura do resultado, havendo a possibilidade de erros na leitura. O seu uso é recomendado para população com idade igual ou superior a 6 anos. É de fácil aplicabilidade e de perceção pelo doente e pela equipa multidisciplinar, podendo ser apresentada na horizontal ou na vertical (DGS,2008 e Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002).

Escala de Avaliação Numérica

Nesta escala, é pedido ao doente que atribua um número à sua dor. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais numeradas de 0 a 10, sendo que o 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e o 10 à classificação “Dor Máxima”. É recomendada para a população com idade igual ou superior a 6 anos, e pode ser apresentada à pessoa na vertical ou na horizontal. Porém, cerca de 2% dos doentes

não são capazes de responder a esta escala (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002 e DGS, 2008).

Escala Qualitativa

Esta escala encontra-se dividida em 5 designações: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa”, “Dor Máxima”. O doente classifica a intensidade da sua dor consoante estes adjetivos, que posteriormente deverão constar na folha de registo. É utilizada para a população com idade igual ou superior a 4 anos e pode ser usada sem haver um instrumento físico, sendo sensível ao efeito de memória (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002 e DGS, 2008).

Escala de Faces de Wong-Baker

Nesta escala, é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com a mimica apresentada em cada face que se encontra na régua, sendo que a expressão de felicidade corresponde à classificação “Sem dor”, enquanto a expressão de maior tristeza corresponde à classificação “Dor Máxima”. Esta escala é utilizada em crianças com idade igual ou superior a 3 anos ou em adultos que não consigam avaliar a sua dor através de outra escala. Porém, pode predispor mais à avaliação da dimensão emocional do que a sensorial da dor (DGS, 2008).

Escala de Faces Revista

É menos infantilizada que a escala anterior, podendo facilitar uma classificação mais apropriada da intensidade da dor, essencialmente nos adultos. É indicada para a população com idade igual a superior a 4 anos. A face mais a esquerda não demonstra dor, enquanto a face mais a direita demonstra a pior dor imaginável (DGS, 2008).

Escalas de heteroavaliação

Quando existem défices cognitivos, que impeçam a pessoa de verbalizar a sua dor, a observação de comportamentos como a expressão facial, movimentos corporais, verbalização ou vocalização, mudanças nas atividades de rotina, podem ser uma estratégia alternativa para avaliar a presença de dor mas não a sua intensidade (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Escala BPS (Behavioral Pain Scale)

Esta escala foi a primeira a ser concebida e a mais utilizada para avaliar a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem. É validada para a população portuguesa, fiável e apresenta boas propriedades psicométricas, porém não informa sobre a qualidade, tipo ou localização da dor. Considera três indicadores de avaliação: expressão facial, comportamento dos membros e adaptação ventilatória. Cada indicador contém quatro parâmetros e respetivos scores (entre 1 e 4). A dor máxima é representada pelo score 12 (máximo) e sem dor 3 (mínimo). A sua pontuação mínima começa em três em vez de zero, como na maioria das outras escalas. Os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física do doente, o uso de contenção física para segurança (dispositivos terapêuticos, prevenção da autoflagelação, estabilização de articulações) influenciam a capacidade do doente exibir os movimentos dos membros. Por outro lado, permanece alguma ambiguidade em relação aos itens do indicador “adaptação ao ventilador” (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).

Escala do observador

É uma escala de heteroavaliação, recomendada para doentes com alterações do estado de consciência ou com défices cognitivos. É uma escala gradativa que qualifica a dor do doente por categorias, “Parece sem Dor”, “Parece Confortável com os Movimentos”, “Parece Desconfortável”, “Parece Sofredor Consolável”, “Parece Sofredor Inconsolável”. No entanto é muito pouco fidedigna uma vez que não é o próprio doente a avaliar a dor, podendo originar grandes desvios da apreciação.

Escala Doloplus 2 (Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa)

É uma escala de heteroavaliação desenvolvida para uma avaliação multidimensional da dor numa população com idade igual ou superior a 65 anos, com alterações cognitivas e défices da comunicação. É composta por dez itens distribuídos em três domínios: somático, psicomotor e psicossocial. O domínio somático tem cinco itens, enquanto o psicomotor e psicossocial têm dois e três itens, respetivamente. Cada item tem quatro alternativas de resposta, 0 para o comportamento normal, até 3 representando altos níveis de comportamento relacionado com a dor. O limiar para

considerar que a pessoa apresenta dor é 5. A pontuação obtida no domínio somático é o mais sugestivo de presença de dor. Antes da aplicação da mesma é recomendado a leitura do léxico e dos conselhos de utilização que a acompanham. À medida que se prossegue na avaliação dos vários domínios, deverá ser selecionado o item mais representativo do comportamento doloroso do idoso, que irá corresponder a um numero. Após a soma dos mesmos, o resultado encontrado é a pontuação atribuída à dor do idoso e que deve ser registado (Holen, Saltvedt, Fayers, Hjerstad, Loge, & Kaasa, 2007, OE, 2008 e Guarda, 2007)

PAINAD –Pain Assessment in Advanced Dementia (Avaliação da dor em Demências em Estado Avançado)

É uma escala utilizada em pessoas com demência, principalmente idosos não comunicantes. É constituída por cinco categorias de avaliação da dor (respiração independente da vocalização, vocalizações negativas, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade). Cada uma destas categorias engloba três itens, pontuados de 0 a 2, que representam comportamentos sugestivos de dor. O score é compreendido entre 0 a 10, sendo que considera-se dor ligeira o score de 1-3, dor moderada 4-6 e dor intensa 7-10 (Batalha, Duarte, Rosário, Costa, Pereira & Morgado, 2012).

Escalas multidimensionais

Estes instrumentos avaliam as dimensões sensitivas (tipo, duração, entre outras), emocional-afetiva como por exemplo o medo e a tensão associada a dor e a cognitiva-avaliativa como a interpretação que a pessoa faz da sua dor tendo em conta as experiências anteriores de dor, doença atual, sintomas associados (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002 e Azevedo et al, 2007).

Inventário Resumido da Dor (Brief Pain Inventory)

É um questionário concebido com o objetivo de ser fácil de aplicar, rápido e simples, de fácil interpretação, constituindo um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional, com muito boas propriedades psicométricas, que tem vindo a ser crescentemente utilizado no contexto clínico e de investigação.

É recomendada a sua utilização para a população com idade igual ou superior a 10 anos.

Inclui 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Contém um item dicotómico para verificação da existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e, finalmente, uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação de 0 a 10 que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver. A evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reproduzível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor (Azevedo et al, 2007).

POS- S (Palliative Care Outcome Scale – Sintomas)

Os sintomas incluídos no POS-S são: dor, dispneia, astenia, náuseas, vómitos, anorexia, obstipação, problemas na boca, sonolência, imobilidade.

É pedido aos doentes que marquem o quadrado que corresponde à resposta que melhor representa a sua condição, sendo pontuado de 0-4 (escala de Likert), com etiquetas numéricas e descritivas, sendo que para cada item 0 corresponde à ausência do sintoma e 4 a pior intensidade possível do sintoma. Esta escala permite três tipos de pontuações: os sintomas que estão presentes em cada avaliação, a intensidade de cada sintoma, a pontuação total que indica o peso geral da intensidade dos sintomas.

Através da utilização desta escala, os profissionais de saúde poderão monitorizar as mudanças ao longo do tempo, focar determinados sintomas e avaliar as mudanças na condição dos doentes em relação às intervenções realizadas.

Após a utilização desta escala, deve ser desenvolvido um plano de cuidados, direcionado às necessidades do doente e não ao diagnóstico clínico, tendo como objetivo melhorar os cuidados e a qualidade de vida do doente, tendo por base o respeito pela sua dignidade e singularidade (Siegert, Goa, Walkey, Higginson, 2010).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)

Esta ferramenta é projetada para auxiliar na avaliação dos nove sintomas comuns em doentes oncológicos: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, (há também uma linha denominada "Outros Problemas"). A gravidade no momento da avaliação de cada sintoma é classificado de 0 a 10 na escala numérica, 0 significa que o sintoma está ausente e 10 de que é o pior possível. O doente e a família/pessoa significativa devem ser ensinados a completar as escalas. É a opinião da severidade dos sintomas que é o "padrão de ouro" para a avaliação dos sintomas do doente. A ESAS fornece um perfil clínico da gravidade dos sintomas ao longo do tempo. No entanto, não é uma avaliação dos sintomas completo em si mesmo. Para uma boa gestão dos sintomas a serem atingidos a ESAS deve ser usada apenas como uma parte de uma avaliação clínica holística.

Apêndice II – Análise da qualidade da evidência científica que baseia as
recomendações

Artigo	Autor	Ano	Nível de evidência	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	População
Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis	Ben-Aharon, Gafer-Gvili, Leibovici, & Stemmer,	2012	1 A	Determinar intervenções a serem realizadas para o controlo da dispneia	Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (RCT) e meta-análises	Pessoas com doença oncológica em fim de vida com dispneia
Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer	Bonk	2012	3	Determinar as medidas a realizar na gestão da dispneia	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso).	Pessoas com tumor do pulmão primário ou com metástases pulmonares
Adoptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by	Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse, & Engels	2014	3	Avaliar a prevalência e intensidade da dor e a sua interferência nas atividades diárias	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso e correlativos).	Pessoas com doença oncológica em ambulatório

medical oncologists: a case vignette study						
Breakthrough cancer pain: the role of the nurse.	Buchanan, Geerling, & Davies,	2014	4	Descrever as medidas a serem implementadas no tratamento da dor irruptiva, nomeadamente as recomendações publicadas recentemente pela Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica	Opinião de identidades reconhecidas/autoridades respeitáveis	Pessoas com doença oncológica com dor
Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC.	Caraceni, Hanks, Kaasa, Bennett, Brinelli, Cherny, ...Sjogren,	2012	2B	Descrever as orientações sobre a utilização de opióides no tratamento da dor	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com risco baixo de viés	Pessoas com doença oncológica com cancro avançado com dor

Cancer pain part 1: causes and classification	Chapman	2012	2B	Descrever as diferentes etiologias da dor oncológica de forma a distingui-las e atuar sobre elas.	Estudo quase-experimental	Pessoas com doença oncológica com dor nos diferentes estadios de doença
Palliative Care and Dyspnea	Corcoran	2013	3	Descrever a avaliação da dispneia e as estratégias de tratamento adequadas	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso).	Pessoas com doença oncológica com dispneia em fim de vida
European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review.	Dale, Moksnes, & Kaasa	2010	1B	Fornecer orientações para melhorar o controlo da dor e diminuir os efeitos secundários dos opióides.	RCT	Pessoas com doença oncológica com necessidade de rotação de opióides fortes para o controlo da dor

Study Protocol: Phase III single- blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease	Farquhar, Prevost, McCrone, Higginson, Gray, Brafman- Kennedy, & Booth.	2011	2B	Descrever as medidas a implementar para controlar a dispneia, dimuindo a angustia que lhe está associada e aumentando a sensação de controlo por parte do doente, bem como a relação custo-benefício	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com baixo risco de viés	Pessoas com doença oncológica em fase avançada, com dispneia com diferentes graus de severidade
Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines	Fielding, Sanford, & Davis	2013	2A	Descrever os princípios de gestão da dor	Estudo exploratório intensional	Pessoas com doença oncológica com dor
Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea	LeBlanc, & Abernethy	2014	1A	Comparar a eficácia na gestão da dispneia entre oxigénio e ar ambiente	Revisões sistemáticas de de ensaios clinicos randomizados	239 Pessoas com doença oncológica com dispneia, em 120 foi administrado oxigénio e 119 foi controlada

						com ar ambiente
NCCN guidelines palliative care. Washington: National Comprehensive Cancer Network.	National Comprehensive Cancer Network	2011	2A	Descrever as orientações na gestão da dispneia	Estudo exploratório intencional	Pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos com dispneia
NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain. Washington: National Comprehensive Cancer Network	National Comprehensive Cancer Network	2014	1A	Descrever as orientações na gestão da dor oncológica	Revisões sistemáticas de RCT e meta-análises	Pessoas com doença oncológica com dor
The Management of Cancer Pain.	Paice, & Ferrell	2011	3	Analisar as abordagens no tratamento da dor tendo em conta as várias vertentes (física, social, psicológica e espiritual)	Estudo não-experimental	Pessoas com doença oncológica, idosos, em tratamento antineoplásico,

						após tratamentos e em fim de vida com dor
Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study.	Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha, & Christopher	2015	3	Analisar o impacto da dor irruptiva	Estudo qualitativo com base em uma série de entrevistas abertas	21 Pessoas com doença oncológica com dor internadas num serviço de cuidados paliativos
Symptom management guide-to-practice: dyspnea	Raymond, Bak, Kiteley, Martelli-Reid, Poling, Cameron, Maddison, Minhas, & Stefaniuk	2010	1A	Produzir guias orientadores da prática para o tratamento da dispneia	Revisões sistemáticas de RCT	Pessoas com doença oncológica com necessidade de gestão de dispneia

Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines	Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti, & Roila	2012	1 A	Determinar as medidas a realizar na gestão da dor oncológica	Revisões sistemáticas de RCT e meta-análises	Pessoas com doença oncológica com dor em qualquer estadio da doença
Putting evidence into practice: Dyspnea.	Oncology Nursing Society	2012	1 A	Comparar a eficácia das doses de opióides de resgate por via oral ou endovenosa, quer 25% ou 50% da dose que a pessoa realizava nas 24h00 regularmente	Revisões sistemáticas de RCT	33 Pessoas com doença oncológica em fim de vida que já realizavam opióides
How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey	Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams,	2013	2 B	Determinar o conhecimento dos enfermeiros em distinguir a dor irruptiva da dor de base, a avaliação da dor irruptiva, bem como	Estudo caso-controle coorte com grande probabilidade de relação causal	1241 Enfermeiros (90% do sexo feminino) de 12 países europeus que cuidam de

	Zavratnik, & Wengstrom,			qual o impacto que este tipo de dor tem na pessoa e os fatores que os enfermeiros consideram que pode induzir este tipo de dor		pessoas com doença oncológica
Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study	Weingärtner, Scheve, Gerdes, Eywill, Prenzel, Otremba, Mühlenbrock, Bausewein, Higginson, Voltz, Herich, & Simon	2015	3	Descrever o impacto da dispneia, privilegiando o autorrelato	Estudo coorte descritivo	82 Pessoas (50 com DPOC e 32 com cancro do pulmão em qualquer fase)
European Oncology Nursing Society	Wengstrom, Geerling & Rustoen	2014	1 B	Atualizar e informar os enfermeiros sobre a melhor evidência	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com baixo risco de viés	Enfermeiros que lidam na prática com

breakthrough cancer pain guidelines				científica disponível na avaliação e gestão da dor irruptiva		pessoas com doença oncológica com dor irruptiva
Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations	Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba	2013	1A	Desenvolver um guia orientador de boas práticas, com as recomendações e justificação das mesmas no tratamento farmacológico da dor	Meta-análises e revisões sistemáticas (RCT)	Pessoas com doença oncológica que vivenciem dor.

Apêndice IV- Projeto de Intervenção “Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e da Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida, em Internamento Hospitalar de Cirurgia

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica

Unidade Curricular – Opção II

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO
CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA
PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FIM
DE VIDA, EM INTERNAMENTO HOSPITALAR
DE CIRURGIA**

Docente:

Professora: Eunice Sá

Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos N° 88

Lisboa, Julho de 2015

LISTA DE ABREVIATURAS

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

EONS – European Oncology Nursing Society

ESAS - Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP - International Association for the Study of Pain

NRS – Escala de Classificação Numérica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PCECG - Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

PICO – População, Intervenção, Contexto, Resultados

PNLCD - Programa Nacional de Luta contra a Dor

POS – S- Palliative care Outcome Scale – Sintomas

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEPSCP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

SFACP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos

VAS – Escala Visual Analógica

VRS – Escala de Avaliação Verbal

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	4
1.1. Título	4
1.2. Palavras- chave	4
1.3. Data de início	4
1.4. Duração	4
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	5
3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA	7
3.1. Sumário	7
3.2. Descrição Técnica	9
3.2.1. Revisão crítica da literatura	9
3.2.2. Plano de trabalho e Métodos	12
4. CONCLUSÃO	17
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
6. APÊNDICES	
Apêndice I - Cronograma do 3º Semestre	
Apêndice II - Descrição de objetivos, atividades e resultados	
Apêndice III - Análise "SWOT"	
Apêndice IV - Pergunta PI(C)O e Metodologia utilizada	
7. Anexo	
Anexo I - Competências a desenvolver	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1. Título

Intervenções de enfermagem no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, em internamento hospitalar de cirurgia.

1.2. Palavras- chave

(Pain management OR Pain measurement OR Cancer pain OR Chronic pain OR Breakthrough pain OR Pain control OR Symptoms control, Dyspnea OR Breathlessness) AND (Oncology nursing OR Perioperative nursing OR Nursing interventions OR Nursing care OR nurs*) AND (Palliative care OR Terminal care OR End of life care OR Surgery service).

1.3. Data de início

28 de Setembro de 2015

1.4. Duração

19 semanas

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

No sentido de obter contributos no desenvolvimento do projeto de intervenção melhorando e aprofundando conhecimentos, bem como adquirir competências, foram selecionados cinco locais de ensino clínico, onde a disposição bem como o tempo de duração encontra-se descrito no cronograma para o terceiro semestre (Apêndice I).

Assim, a escolha da Clínica da Dor do local de ensino clínico I de Lisboa e a Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica do local de ensino clínico III prende-se com o facto de a primeira se situar numa instituição hospitalar especializada na doença oncológica, de referência em Portugal. A pertinência dos dois locais de ensino clínico relaciona-se com o facto de serem serviços de excelência no que concerne ao tratamento da dor, no primeiro direccionado principalmente para pessoas com doença oncológica e o segundo por se situar no hospital onde exerço funções, podendo desta forma ser um recurso para os doentes internados no serviço de Cirurgia Geral- local de ensino clínico V, bem como constituir uma mais-valia com a existência de profissionais que promovam a articulação entre os dois serviços advindo contributos para a qualidade dos cuidados prestados. Assim estes dois locais vão ao encontro do enunciado pelo PNLCD (2008) que refere que quando existe complexidade de diagnóstico, necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou dificuldade no controlo da dor pode conduzir à referenciação do doente a estruturas de saúde mais diferenciadas, com profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor. As Unidades de Dor mais diferenciadas devem integrar o topo de um sistema de referenciação, baseado na complexidade crescente da situação clínica e/ou da estratégia terapêutica.

Quanto aos campos de ensino clínico no serviço de Cuidados Paliativos do local de ensino clínico II e a Equipa EIHSCP-Centro Hospitalar, prende-se com a filosofia e objetivos das intervenções realizadas, o primeiro em contexto de internamento e o segundo em contexto intra-hospitalar, constituindo-se um recurso para dar resposta às necessidades dos doentes internados no serviço onde exerço funções, bem como podendo ser facilitador existir um elemento que promova a articulação entre os dois serviços, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, estes locais vão ao encontro da importância dada por Barbosa & Neto (2010), sobre serviços de referência, com equipas dedicadas especificamente aos cuidados paliativos e equipas de apoio ou suporte em unidades hospitalares.

Relativamente ao serviço de Cirurgia Geral – local de ensino clínico V, sendo o serviço onde exerço funções e onde foi realizado o diagnóstico de situação e desenvolvida a problemática, é pretendido que através dos conhecimentos adquiridos na ESEL e dos ensinamentos clínicos anteriormente descritos, implementar atividades contribuindo para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem no controlo da dor e dispneia no doente oncológico em fim de vida promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

A evolução da tecnologia e da medicina tem levado a um aumento do envelhecimento e das doenças crónicas. Barbosa e Neto (2010) referem que todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta a terapêutica com intuito curativo e com prognóstico de vida limitado devem ter acesso a cuidados paliativos.

Em Portugal verifica-se, segundo Sapeta & Lopes (2007) que o número de serviços e equipas de cuidados paliativos é reduzido e muitos doentes que necessitam destes cuidados em âmbito de internamento encontram-se em serviços de agudos. Porém, existem fatores inerentes ao contexto hospitalar que dificultam o processo de interação entre enfermeiro e doente sendo alguns identificados pelos mesmos autores (2007, p.47) como as rotinas, fragmentação da informação, a falta de continuidade de cuidados e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro, constituindo assim, obstáculos à humanização e personalização dos cuidados. Estas dificuldades identificadas são também vivenciadas no serviço de Cirurgia Geral, onde exerço funções.

De acordo com National Institutes for Health e o National Institutes for Health do Reino Unido citado por Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes (2012) o conceito de fim de vida prende-se com a presença de uma doença ou sintomas crónicos ou de incapacidade funcional persistente, que necessitem de cuidados formais ou informais e que conduzem à morte, correspondendo ao último ano de vida. Esta é uma situação particular, pelo que foi realizada uma sondagem de opinião à maioria dos enfermeiros do mesmo serviço e à EIHS CP do Centro Hospitalar, verificando-se que existem algumas necessidades nos cuidados prestados aos doentes fim de vida, nomeadamente no controlo de sintomas e dentro destes, destacaram-se a dor e dispneia. Segundo MacDonald (2002), o controlo inadequado dos sintomas ao longo da doença, produz não só sofrimento mas também um efeito adverso na progressão da doença, o controlo adequado poderá favorecer tanto a qualidade como a quantidade de vida.

De acordo com a OMS, citado por Marques (2003), à escala mundial em cada ano surgem cerca de 10 milhões de novos casos de cancro, verificando-se pelo mesmo motivo o falecimento de 6 milhões, tendo a dor uma alta incidência tornando-

se crónica até ao final da vida. No que diz respeito à Europa, segundo o documento Palliative care: The solid facts, publicado pela OMS (2004) e citado por Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes (2012) existindo cerca de 1,7 milhões de mortes relacionadas com o cancro e estimando-se anualmente mais de 1,6 milhões de doentes com dor, surge uma grande necessidade de melhorar os cuidados dedicados aos doentes em fim de vida.

Por sua vez a dispneia é um sintoma muito frequente nos doentes em fim de vida e tende a ser mais prevalente com a progressão da doença. De acordo com Barbosa & Neto (2010) vários estudos referem uma incidência entre a população de doentes oncológicos de 50% e com cancro avançado perto dos 90%, sendo um sintoma particularmente perturbador e angustiante que pode resultar num grande sofrimento para o doente e para a sua família.

Desta forma, surgiu a pergunta PICO “Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, num serviço de internamento de cirurgia?”. Sendo o conforto uma das principais preocupações dos enfermeiros, torna-se pertinente desenvolver um projeto de intervenção no serviço de Cirurgia Geral, uma vez que é o local onde esta necessidade foi expressa, que capacite os enfermeiros na implementação de medidas de conforto ao doente oncológico em fim de vida, aumentando e melhorando os seus conhecimentos e consequentemente a segurança nas medidas implementadas bem como os registos efetuados, dando visibilidade do trabalho realizado e contribuindo para melhorar a abordagem à pessoa com dor e dispneia na vivência da sua doença oncológica.

Considerando o conforto, este projeto baseia-se na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, uma teoria de médio alcance, que considera que o conforto tem assumido um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, e é reconhecido como um resultado holístico, sendo o produto das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional. A mesma autora define as medidas de conforto como intervenções de enfermagem concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa. No que diz respeito ao doente oncológico em fim de vida com dor e dispneia, o enfermeiro pode proporcionar diferentes formas de conforto. Relativamente ao alívio físico pode ajudar a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor e dispneia, quanto à tranquilidade

pode implementar medidas de relaxamento que facultam calma e facilitam um desempenho mais eficiente e relativamente à transcendência podem ser outorgados e reforçados ensinamentos que contribuam para a pessoa tomar consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença. Esta teoria vai assim de encontro à filosofia dos cuidados paliativos e o enfermeiro é fundamental para a avaliação das necessidades de conforto dos doentes, famílias e comunidades, criando medidas que respondam a essas mesmas necessidades e reavaliando o nível de conforto após a implementação dessas medidas (Kolcaba, 2003).

Assim, ponderando as competências considero encontrar-me no estadioproficiente, ou seja, perceciono as situações na sua globalidade e não de uma forma fragmentada e as ações são ligadas por máximas (Benner, 2001) e pretendo atingir as competências presentes no RCCEE (2010), no RCEEEEPSCP, (2011), bem como as imanadas pela EONS (2013), enunciadas no anexo I. Tendo estas por base, tenho como objetivos gerais desenvolver competências na gestão da dor e da dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida, desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa com doença crónica e paliativa, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica fim de vida, aprofundar conhecimentos de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, nomeadamente com descontrolo de dor e dispneia, e sensibilizar a equipa de enfermagem para a melhoria das medidas de conforto implementadas, no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida, internada no Serviço de Cirurgia Geral. Para conseguir atingir estes objetivos foram traçados objetivos específicos, atividades, recursos e critérios de avaliação apresentados no apêndice II.

3.2. Descrição Técnica

3.2.1. Revisão crítica da literatura

O aumento da longevidade alcançado pela evolução da medicina não significa que se viva melhor, tendo os cuidados paliativos um contributo fundamental para a melhoria da qualidade de vida do doente. Griffith, Lyman & Blackhall (2010), citando a OMS (2010) define os cuidados paliativos como "uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de

início identificação e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”. Num estudo realizado por Ringdal, Jordhoy e Kaasa (2002), é demonstrado a melhoria da satisfação dos doentes e familiares nomeadamente no que diz respeito à avaliação dos sintomas, tratamento da dor, disponibilidade dos profissionais e informações compartilhadas sobre o processo de doença, prognóstico e planeamento dos cuidados. Desta forma, de acordo com Barbosa & Neto (2010), nos doentes em fim de vida torna-se fundamental ter como objetivos terapêuticos a promoção do conforto.

Segundo Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar (2014), encontra-se identificado que os doentes com cancro sem perspectiva de cura geralmente experienciam múltiplos sintomas, enfatizando a literatura recente em gestão de sintomas, uma mudança de foco dos sintomas individuais para gerir a natureza dinâmica e múltipla de grupos de sintomas. Esta nova perspectiva é também referenciada por Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010), citando Rutledge & McGuire (2003) e Paice (2004) afirmando que o conceito de clusters de sintomas está cada vez mais a ser reconhecida como uma importante plataforma para a gestão dos mesmos nos doentes oncológicos.

Não existe, de acordo com Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar (2014), unanimidade sobre a definição de cluster de sintomas nem conceitualmente nem metodologicamente. A definição comumente usada é a de dois ou mais sintomas simultâneos e interrelacionados, com alta probabilidade de ocorrer, sendo encontrados entre doentes com as mesmas características ou situações clínicas, não tendo de partilhar a mesma etiologia. Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010) afirmam ser importante identificar estes clusters, uma vez que, como se influenciam uns aos outros, podem direcionar as intervenções de enfermagem para a sua prevenção e controlo, através da utilização de escalas de avaliação de sintomas, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida do doente.

Tendo em conta a estabilidade no tempo em doentes com cancro avançado, Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar (2014), referem que a dor, dispneia, fadiga, sonolência e anorexia é um cluster estável. Numa revisão sistemática da literatura realizada por estes autores, de 33 artigos cerca de 45% identificou o cluster que incluía dor e dispneia. Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010), referindo um estudo com 200 doentes internados em cuidados paliativos no Japão, indicaram que durante todo o

curso clínico, 88% experienciaram dor e 66% dispneia (Morita et al., 1999). A presença e a gravidade destes sintomas perturba gravemente a qualidade de vida e as atividades diárias do doente e muitas vezes limita a eficácia do tratamento (Okuyama et al., 2003).

De acordo com Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels (2014), a dor é o sintoma mais prevalente e temido pelos doentes com cancro, sendo que altos níveis de dor diminuem a qualidade de vida destes e interferem fortemente com as atividades de vida diárias. O PNLCD (2008) citando a IASP, define a dor como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. Assim a dor afeta a pessoa na sua globalidade, devendo a sua abordagem ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais mas as implicações psicológicas, sociais e culturais.

Segundo Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila (2012), de acordo com uma revisão sistemática da literatura, para doentes após o tratamento curativo os níveis de prevalência de dor são de 33%, para doentes em tratamento antineoplásico 59% e com metástases em fim de vida 64%. Pereira (2010) refere que a dor é uma complicação frequente, com elevado impacto na vida do doente oncológico, sendo que 65 a 85% dos doentes com cancro avançado irão sentir dor e dois terços desses doentes classificam a dor entre moderada a intensa. Boveldt, Vernooij-Dassen, Burger, IJsseldijk, Vissers & Engels (2013), corroboram esta afirmação, referindo que a dor é um dos sintomas mais prevalentes em doentes com cancro avançado, interferindo nas atividades de vida diária. O alívio da mesma em 71-86% é considerada viável. Porém a dor ainda é subtratada, variando o seu tratamento inadequado entre 31-65% dos doentes. Marques (2003), afirma que a OMS considera trágico constatar que a dor oncológica não é muitas vezes controlada por ausência de tratamento, ou por este ser inadequado, apesar de estar demonstrado que é possível em mais de 90% dos doentes o seu alívio, usando métodos simples de avaliação e utilizando corretamente a medicação, podendo-se assim falar de um fosso terapêutico.

Apesar das diretrizes publicadas e dos programas educacionais sobre avaliação e tratamento da dor oncológica, esta continua a ser uma preocupação de saúde pública a nível mundial. Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila (2012),

citando Frankish (2003), afirmam que a dor oncológica pode ser uma importante questão dos sistemas de saúde de todo o mundo, uma vez que a incidência de novos casos de cancro em 2008 foi de 12.667.470 e com base nas projeções em 2020 será maior que 15 milhões. Este tratamento inadequado, segundo Boveldt, Vernooij-Dassen, Burger, IJsseldijk, Vissers & Engels (2013), Marques (2003) e Neto (2010) é resultado de diversas barreiras, relacionadas com os profissionais, com o doente e com os cuidados.

Relativamente à dispneia é um sintoma muito frequente nos doentes em fim de vida que tende a ser mais prevalente com a progressão da doença. De acordo com Barbosa & Neto (2010) este é um sintoma particularmente perturbador e angustiante que pode resultar num grande sofrimento para o doente e sua família, sendo definido por uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. A sua etiologia na fase final de vida é multifatorial variando desde fatores de natureza física a outros de natureza psíquica, social e espiritual. Em doentes com cancro avançado, tem uma incidência de 90%. Corcoran (2013) refere que 15% -70% dos doentes oncológicos experienciou este sintoma.

Constatando-se que a dor e dispneia têm alta incidência e tendo-se percebido dificuldades na implementação de medidas de conforto a doentes com estas condições, torna-se pertinente realizar um projeto que aborde as intervenções de enfermagem para o controlo destes sintomas no doente oncológico em fim de vida.

3.2.2. Plano de trabalho e Métodos

O cancro é encarado como a doença do futuro, estimando a DGS (2014) que em 2030 existam mais de 50000 novos casos de cancro em Portugal. De acordo com Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010), o cancro é considerado a doença mais temida, não só pela mortalidade como pelo sofrimento associado à doença e aos seus tratamentos. Esta perspetiva vai de encontro à realidade vivenciada no serviço onde exerço funções, onde a população é maioritariamente cirúrgica com patologia oncológica, predominando a recorrência destes doentes quando se encontram em fim de vida, nomeadamente por descontrolo sintomático.

Desta forma, no sentido de detetar quais os sintomas mais prementes neste serviço, no decorrer do mês de Junho de 2015 foi utilizado, após consentimento da enfermeira-chefe, os instrumentos de avaliação de sintomas ESAS e POS-S, durante

a minha prestação de cuidados. Desta forma, segundo Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir (2010), através do conhecimento dos clusters de sintomas é possível ao enfermeiro tomar consciência sobre a gama de sintomas que o doente experimenta, ajudando-os a realizar a avaliação para prevenção e gestão dos mesmos, planeando intervenções centrando a sua abordagem de acordo com os sintomas previstos, coincidindo com as experiências vivenciadas pelo doente oncológico.

Através das escalas aplicadas, verificou-se que a dor foi maioritariamente referida como o sintoma mais experienciado e menos controlado, referindo os doentes vivenciarem a dor, durante grande parte do dia, sendo esta maioritariamente moderada a ligeira, comprometendo a sua qualidade de vida. A dor no doente oncológico reveste-se de características especiais, é frequente, de intensidade significativa, manifesta-se em mais de um local, é diária e quando não é contínua, dura várias horas por dia. Esta é frequentemente descrita como a “dor total”, termo utilizado por Cicely Saunders, para enfatizar que a dor oncológica advém de múltiplos fatores e causa significativo impacto em todos os domínios da vida, piorando a qualidade desta. A dor oncológica não é de difícil controlo, algo que deva ser passivamente tolerado ou um castigo, sendo o seu alívio um direito da pessoa (Pimenta & Ferreira, 2006).

A dispneia também se encontrava referenciada sendo descrita como o sintoma mais angustiante sendo percecionada como a morte iminente. Segundo a SFACP (2000), este sintoma pode ter origem em fatores físicos como a dor, psicológicos como a ansiedade ou em fatores ambientais. A angústia que o mesmo provoca está associada a ideia de morte por sensação de se encontrar a sufocar.

Assim, foi realizada uma sondagem de opinião a 42 enfermeiros, sobre quais os sintomas que sentiam mais dificuldade em avaliar e implementar intervenções num doente oncológico em fim de vida, sendo a dor o principal sintoma a ser referenciado e 26 enfermeiros identificaram a dispneia como um sintoma particularmente angustiante tendo dificuldade em controlar e implementar medidas de conforto. Quando abordados sobre quais as estratégias para a avaliação da dor e dispneia, salienta-se a observação do doente, a identificação de sinais somáticos e a utilização das escalas de avaliação, referem ainda a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Durante a passagem de turno, foi observado que os enfermeiros referem estes sintomas, porém não mencionam a escala que utilizaram para a sua

avaliação nem as estratégias não farmacológicas utilizadas. Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels (2014), refere que a avaliação eficaz da dor é um fator chave para o seu adequado tratamento. Para Rodrigues & Zago (2006) o enfermeiro tem um papel fundamental no controlo da dor no doente oncológico sem possibilidade de cura, uma vez que ele o profissional que mais tempo passa com o doente. Os mesmos autores citando Pimenta (2003) realçam o papel do enfermeiro salientando a exigência da avaliação e do registo da dor, considerando as características da mesma, bem como a educação dos doentes e familiares sobre o mecanismo de ação da medicação, a forma como utiliza-la, os efeitos colaterais e como realizar o tratamento.

No período de 06/06/2015 a 14/06/2015, foram analisados 10 processos clínicos de pessoas com doença oncológica em fim de vida. Verificou-se que só num doente se encontrava a história de dor descrita na avaliação inicial, referindo que este era seguido na consulta de dor e a medicação realizada no domicílio, porém o padrão de dor, as suas características, fatores de alívio e a duração deste, bem como fatores desencadeantes, expressões de dor e expectativas face à mesma não se encontravam relatadas. Segundo Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila (2012), a avaliação inicial e contínua da dor e do doente deve esclarecer tanto a necessidade de avaliação global como a de um plano de cuidados.

No decorrer do internamento, verificou-se que o registo da dor era sempre realizado uma vez por turno em todos os doentes. Contudo, em grande parte dos registos a dor é avaliada na sua intensidade, não sendo referido posteriormente a sua localização, se existe irradiação, a frequência, o tipo, a sua duração e padrão, fatores de alívio e exacerbação, resposta a medicação analgésica e se houve necessidade de recorrer a terapêutica de resgate, bem como se houve interferências nas atividades de vida diária. Foram ainda, detetados registos, onde é referido doente sem dor e posteriormente é descrito que foi administrada terapêutica analgésica que sortiu efeito, existindo uma incongruência entre a avaliação e o relato da intervenção realizada. Pimenta & Ferreira (2006) afirmam que sistematizar a avaliação e registar os dados é fundamental para a deteção da dor. Se esta não for identificada e descrita não pode ser tratada. Os dados de avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e a avaliação dos tratamentos prescritos.

A OE (2008) realça que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, sendo por essa razão que a DGS (2008) a instituiu como o 5º sinal vital, devendo a dor ser uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo decisivo para a indispensável humanização dos mesmos. É assim, uma boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, uma vez que só com a monitorização regular da dor em todas as suas vertentes é possível obter sucesso na estratégia terapêutica. Este registo deve constar na folha de registo de sinais vitais, com um espaço próprio, sendo que à semelhança dos restantes sinais vitais a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita.

Quanto aos instrumentos para avaliação da dor, só em três processos se encontram registados no plano de cuidados a escala escolhida pelo doente no momento da avaliação inicial e em nenhum deles, quando o doente sofreu alterações do seu estado a escala foi modificada. Em nenhum dos processos se encontra descrito o tratamento não farmacológico para o alívio da dor. Verificou-se ainda que as escalas utilizadas eram a numérica ou a qualitativa, encontrando-se limitados aos doentes conscientes e orientados, não ficando esclarecida a avaliação e registo da dor em doentes inconscientes ou sem capacidade de dar uma resposta verbal. Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila (2012), referem que a autoavaliação com a comunicação adequada e regular da sua intensidade e a utilização de ferramentas de avaliação validadas é o primeiro passo para um tratamento eficaz e individualizado, sendo as escalas mais utilizadas a VAS, VRS e a NRS. A avaliação da qualidade da dor melhora a escolha da terapia a ser utilizada. Em idade avançada, comprometimento cognitivo ou nos últimos dias de vida, o autorrelato da dor é mais difícil, embora não haja evidência clínica da redução do sofrimento relacionado com a dor. A observação de comportamentos relacionados com a mesma tal como a expressão facial, movimentos corporais, verbalização ou vocalização, entre outras pode ser uma mais-valia para avaliar a presença de dor mas não a sua intensidade.

Quanto à dispneia encontra-se registada em dois processos clínicos, não havendo registo do grau de severidade, como despoletou, quais as medidas não farmacológicas utilizadas, contudo as medidas farmacológicas encontra-se registadas. De acordo com Azevedo (2010), os fatores que estão na sua origem são muitos, sendo importante determinar a causa para uma abordagem terapêutica

adequada podendo melhorar bastante a qualidade de vida do doente em fim de vida. Este é um sintoma subjetivo particularmente difícil de avaliar e aliviar, os trabalhos de investigação são recentes e ainda se encontram em curso, havendo muito a fazer para criar instrumentos fiáveis e adaptados. Sendo este um sintoma particularmente angustiante a SFACP (2000) alude à importância de existirem estratégias de cuidados de enfermagem que acompanhem a pessoa com dispneia, avaliando-a corretamente e evitando uma situação inoportável, onde os enfermeiros e familiares se sentem impotentes, sendo a eficácia do acompanhamento do doente dispneico e da sua família resultado de conjugação do trabalho multidisciplinar.

Desta forma, após reflexão sobre a minha prática, tendo em conta a necessidade expressa pela equipa de enfermagem e retratada nos registos efetuados, a análise “SWOT” (Apêndice III), a elaboração da pergunta PICO (Apêndice IV) e pesquisa bibliografia e considerando a alta prevalência da dor e dispneia nos vários clusters de sintomas, é notória a necessidade de formação dos enfermeiros no que concerne às medidas de conforto implementadas ao doente oncológico em fim de vida, nomeadamente no que diz respeito a estes dois sintomas.

Assim, no que diz respeito à metodologia a adotar, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas diversas bases de dados no sentido de aceder à melhor evidência científica disponível, bem como realização de diversos ensinamentos clínicos, que contribuem para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos relativamente às medidas de conforto implementadas no controlo da dor e dispneia através de auditorias aos processos clínicos bem como a observação direta da prestação de cuidados. Com os conhecimentos adquiridos, na fase final do projeto é pretendido aplicar no serviço onde exerço funções um documento com linhas orientadoras de boas práticas no controlo da dor e dispneia do doente oncológico em fim de vida, para ser facilitador à equipa de enfermagem desenvolver medidas de conforto, baseado em evidência científica atualizada. A implementação do projeto de intervenção pretende também diminuir a intensidade e frequência destes sintomas, diminuir as dificuldades dos enfermeiros na avaliação, controlo e registo dos mesmos, melhorando a qualidade de vida dos doentes e famílias bem como a satisfação dos mesmos e dos profissionais.

4. CONCLUSÃO

A realização do projeto de intervenção é o primeiro passo para um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional. O conforto sendo um resultado holístico, fundamental nos cuidados de enfermagem, é fundamental desenvolver competências que permitam ir de encontro às necessidades das pessoas com doença oncológica em fim de vida e sua família (Kolcaba, 1994, 2003).

De acordo com a literatura o conhecimento de *clusters* de sintomas é essencial, para que o enfermeiro tenha consciência da gama de sintomas que a pessoa com doença oncológica em fim de vida experiencia, ajudando na prevenção e gestão dos mesmos e a planear intervenções para dar resposta às necessidades destas pessoas. Constata-se ainda que a dor e dispneia apresentam grande incidência nesta população, diminuindo a sua qualidade de vida e o seu conforto (Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010). Estes dois sintomas foram identificados pela equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral como difíceis na implementação de medidas de conforto, corroborando a análise das práticas realizadas, observando-se um desvio das recomendações imanadas pela evidência científica, nomeadamente no que se refere à caracterização de sintomas, fraca adesão à terapêutica opióide e oligoanalgesia, desvalorização da reavaliação após implementação de medidas de conforto e desvalorização das medidas não farmacológicas não se encontrando registadas nos processos clínicos.

A concretização deste projeto ao longo do 3º semestre, pretende contribuir para melhorar a abordagem à pessoa com doença oncológica com dor e dispneia. Neste sentido os ensinamentos clínicos realizados nos diversos locais especializados no cuidado à pessoa com doença oncológica em fim de vida e família, nomeadamente com dor e dispneia e a revisão da literatura pretende otimizar a prática controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica no serviço de Cirurgia Geral. Pretende-se ainda, com o desenvolvimento deste percurso ampliar e aprofundar as competências de enfermeiro generalista e atingir as competências preconizadas para o enfermeiro especialista nos regulamentos de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2010), de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011) e as imanadas pela European Oncology Nursing Society (2013).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora
- Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.
- Bloome, M., Endacott, R., O'Connor, M., & Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliative Medicine*. 27. (8). 757 – 764.
- Boveldt, T.N., Vernooij-Dassen, M., Burger, N., Ijsseldijk, M., Vissers, M. & Engels, Y.K. (2013). Pain and its interference with daily activities in medical oncology outpatients. *Pain Physician Journal*. 16. (4). 379-89.
- Brant, J. M., Beck, S., Dudley, W., Cobb, P., Pepper, G. & Miaskowski, C. (2011). Symptom Trajectories in Posttreatment Cancer Survivors. *Cancer Nursing*. 34. (1). 67-77.
- Breuer, B., Chang, V. T., Roenn, J.H.V., Guten, C., Neugut, A.I., Kaplan, R., Wallenstein, S. & Portenoy R. (2015). How Well Do Medical Oncologists Manage Chronic Cancer Pain? A National Survey. *The Oncologist*. 20. 202–209.
- Burton, A. W., Fanciullo, G.J., Beasley, R. & Fisch, M. (2007). Chronic Pain in the Cancer Survivor: A New Frontier. *American Academy of Pain Medicine*. 8. (2). 189–198.
- Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20. (3). 126-129.
- Burge, V. & D'Olimpio, J. T. (2013). Improving Quality of Life Through Pain Control. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17. (2). 117-118.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional para Doença Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=\), acedido em 28 de Junho de 2015.
- Ferreira, P. L., Antunes, B., Pinto, A. B. & Gomes B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 30.(1). 62-70.
- Griffith, J., Lyman, J.A. & Blackhall, L. J. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14. (2). 171-175.
- Karabulu, N., Erci, B., Ozer, N., & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66.(5). 1011–1021.
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomis structure for the concept comfort. *Imagem*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort. *Image*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*. 5. (2). 301-304.
- Marques, A. L. & Neto, I. G. (2003). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paice, J. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *Cancer Journal of Clinic*. 61. 157-182.
- Pimenta, C.A.M. & Ferreira, K.A.S.L. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole.

- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Ringdal, G.I., Jordhoy, M. S., & Kaasa, S. (2002). Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 24. (1).53-63.
- Rustoen, T., Gaardsrud, T., Leegaard, M. & Wahl, A. (2009). Nursing Pain Management—A Qualitative Interview Study of Patients with Pain, Hospitalized for Cancer Treatment. *Pain Management Nursing*. 10. (1). 48-55.
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro – doente*. Loures. Lusociência.
- Sapeta, P., Lopes, M. (2007) - Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro-doente. *Revista Referencia II*. 4. 35-60;
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. “Cuidar”: ética e práticas*. Loures: Lusociência.
- Shoemaker, L., Estfam, B. Induru, R. & Walsh, T.D. (2011). Symptom management: An important part of cancer care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 78. (1). 25-34.

6. APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de ensinos clínicos para o 3º semestre

Cronograma para o 3º Semestre

Anos	2015														2016										
Meses	SETEMBRO			OUTUBRO			NOVEMBRO					DEZEMBRO				JANEIRO				FEVEREIRO					
Dias	28		5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21		4	11	18	25	1	8	15	22	29	
	2		9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18		29	8	15	22	29	5	12	19	26	4	
Estágio com relatório																									

	Clínica da Dor: 12 turnos no total de 96 horas
	Serviço de Internamento em Cuidados Paliativos: 15 turnos no total de 120 horas
	Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica: 10 turnos no total 80 horas
	Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos: 10 turnos no total de 80 horas

	Serviço de Cirurgia Geral: 10 turnos no total de 80horas
	Elaboração do Relatório Final

APÊNDICE II – Descrição de objetivos, atividades e resultados

Descrição das tarefas e resultados

Clínica da Dor de 28 de Setembro a 23 de Outubro de 2015 e **Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica** de 30 de Novembro a 4 de Dezembro de 2015 e de 21 a 29 de Dezembro de 2015

Competências a desenvolver: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo maioritariamente, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; L5- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6. Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, bem como obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo centrado na pessoa, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente; avaliar a pessoa e a sua família de forma sistemática, com instrumentos adequados, demonstrar julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família, descrever e interpretar escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica, utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente treinar assertividade, gerindo sentimentos e traduzindo relação terapêutica.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências na gestão da dor da 	<ul style="list-style-type: none"> Integrar de forma progressiva a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do projeto à enfermeira coordenadora, enfermeira orientadora e 	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira coordenadora; 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora um relatório escrito onde descreve a

<p>pessoa com doença oncológica em fim de vida.</p>	<p>multidisciplinar, tendo em conta a organização, dinâmica e funcionamento.</p>	<p>restante equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observação da estrutura física dos serviços; • Consulta de manuais, protocolos e projetos existentes nos serviços; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora; • Professora orientadora; • Equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p>	<p>dinâmica de funcionamento e organização da equipa.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a prática da equipa multidisciplinar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica da melhor evidência científica disponível na implementação de medidas de conforto que diminuam a dor; • Observação de doentes oncológicos com quadro algico descontrolado; • Elaboração de um guião de observação da equipa multidisciplinar, incluindo o doente e sua família, no sentido de perceber as 	<ul style="list-style-type: none"> • Guião de observação da prática clínica; • Documentos dos serviços. <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica da Dor; • Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica; • ESEL <p><u>Temporais</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora por escrito um guião de observação da prática clínica da equipa multidisciplinar dos serviços. • Elabora por escrito uma reflexão crítica, onde descreve as medidas de conforto

		<p>medidas aplicadas para promover o conforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análise crítica das medidas de conforto realizadas pela equipa multidisciplinar para responder às necessidades do doente; • Consulta dos registos clínicos de forma a perceber quais as medidas de conforto implementadas; 	<ul style="list-style-type: none"> • De 28 de Setembro a 23 de Outubro de 2015 na Clínica da Dor • De 30 de Novembro a 4 de Dezembro de 2015 e de 21 a 29 de Dezembro de 2015 na Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica. 	<p>implementadas pela equipa multidisciplinar.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as escalas de avaliação de dor e/ou de sintomas em cuidados paliativos, utilizadas nos serviços; • Observar a equipa multidisciplinar na avaliação da dor 	<ul style="list-style-type: none"> • Analise das medidas de conforto que visem o alívio da dor na pessoa com doença oncológica em fase paliativa observando a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação de escalas utilizadas nos serviços para avaliação da dor 		<ul style="list-style-type: none"> • Conhece as escalas de avaliação de dor utilizadas nos serviços; • Interpreta as escalas de avaliação de dor utilizadas;

	<p>nos doentes oncológicos em fase paliativa;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar a dor dos doentes oncológicos em fase paliativa; • Analisar o impacto nas atividades de vida diária resultante do descontrolo do quadro algico; • Aprofundar conhecimentos sobre o controlo de dor, de forma a aumentar o conforto do doente 	<p>numa perspetiva de dor total;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização de técnicas de comunicação que permitam à pessoa expressar a sua experiência com dor e encontrar estratégias em conjunto para o seu alívio, tendo em conta a postura e as atitudes corporais, avaliação do comportamento não-verbal e da comunicação verbal do doente; ▪ Caracterização do perfil de dor (duração, frequência, localização, intensidade, características, fatores 		<ul style="list-style-type: none"> • Caracteriza a dor; • Reconhece episódios de dor irruptiva; • Identifica técnicas de comunicação utilizadas durante o contato com o doente e sua família que permitiram expressar a sua experiência com dor e validar as estratégias estabelecidas em conjunto para o alívio da mesma. • O doente ou sua família demonstra
--	--	--	--	--

	<p>oncológico em fase paliativa;</p>	<p>de agravamento e alívio);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilância da dor da pessoa com doença oncológica em cuidados paliativos. • Realização de ensinamentos ao doente e sua família na caracterização da sua dor, nomeadamente sobre as escalas de avaliação da dor, sobre a importância do relato do descontrolo do quadro algico, sobre medidas que aliviam ou exacerbam a dor, bem como a importância do cumprimento do regime terapêutico e como este deve ser realizado; • Identificação dos fármacos utilizados de acordo com a 		<p>capacitação para caracterizar a dor e expressar as medidas de alívio e agravamento, verbalmente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica medidas não farmacológicas para o alívio da dor; • Identifica as intervenções que visem o conforto no alívio da dor. • Avalia a eficácia das medidas de conforto implementadas no sentido de
--	--------------------------------------	---	--	---

		<p>escala analgésica da OMS, as suas indicações, interações, efeitos secundários, farmacocinética a pelo menos um doente a quem realize um estudo de caso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analise das regras de titulação e rotação de opióides; • Observação da aplicação de adjuvantes terapêuticos, identificando as situações em que existe benefício para a sua utilização; • Análise de medidas não farmacológicas para o alívio da dor. • Identificação do estado de conforto da pessoa tendo em conta as vertentes de alívio, tranquilidade e 		<p>diminuir a dor, aplicando as mesmas escalas de avaliação utilizadas antes da aplicação dessas mesmas medidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora por escrito a história de dor de pelo menos 3 doentes oncológicos em fase paliativa; • Elabora por escrito um estudo de caso;
--	--	---	--	---

		<p>transcendência, abrangendo os diferentes contextos (físico, psicológico, social, ambiental e espiritual);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das medidas que contribuíram para o conforto da pessoa com doença oncológica com dor tendo em conta o alívio, tranquilidade, e transcendência nos contextos físicos; psicológicos, social, ambiental e espiritual; 		
--	--	---	--	--

Serviço de Internamento em Cuidados Paliativos de 26 de Outubro a 27 de Novembro de 2015 e EIHSCP- Centro Hospitalar de 14 a 17 de Dezembro de 2015 e de 11 a 15 de Janeiro de 2016

Competências a desenvolver: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo maioritariamente, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; L5- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6. Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, bem como obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo centrado na pessoa, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente; avaliar a pessoa e a sua família de forma sistemática, com instrumentos adequados, demonstrar julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família, descrever e interpretar escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica, utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente treinar assertividade, gerindo sentimentos e traduzindo relação terapêutica.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	CrITÉrios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver competências no âmbito do enfermeiro 	<ul style="list-style-type: none"> Integrar de forma progressiva a equipa multidisciplinar, 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um guião de colheita de informação à senhora enfermeira-chefe e ao enfermeiro especialista em enfermagem em 	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira-chefe; 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora um relatório escrito onde descreve a dinâmica de funcionamento e

Projeto de Intervenção

<p>especialista em enfermagem em pessoa com doença crónica e paliativa, na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica fim de vida.</p>	<p>tendo em conta a organização, dinâmica e funcionamento dos serviços.</p>	<p>pessoa com doença crónica e paliativa, e a restante equipa multidisciplinar relativamente à dinâmica funcional dos serviços;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de manuais, protocolos e projetos existentes nos serviços; • Prestação de cuidados de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e sua família; 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira orientadora; • Professora orientadora; • Equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guião de observação da prática clínica; • Documentos dos serviços; <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Internamneto em Cuidados Paliativos; • EIHSCP-Centro Hospitalar; 	<p>organização da equipa.</p>
--	---	---	--	-------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> ESEL. <p><u>Temporais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> De 26 de Outubro a 27 de Novembro de 2015 no serviço de Cuidados Paliativos. 14 a 17 de Dezembro de 2015 e de 11 a 15 de Janeiro de 2016 na EIHLC- Centro Hospitalar. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as intervenções de enfermagem em pessoa com doença crónica e 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboração de um guião de observação com base na literatura consultada, no sentido de perceber as medidas a serem 		<ul style="list-style-type: none"> Elabora por escrito um guião de observação da prática clínica da equipa

	paliativa na equipa multidisciplinar.	<p>aplicadas para aumentar o conforto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reflexão crítica das medidas de conforto realizadas pela equipa multidisciplinar para responder às necessidades do doente; • Observação e realização do levantamento das necessidades, do doente oncológico em fim de vida e sua família; • Observação das intervenções e estratégias no âmbito da articulação da equipa multidisciplinar com os recursos da comunidade de forma a promover a continuidade de cuidados. 		<p>multidisciplinar dos serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabora por escrito uma reflexão crítica, onde descreve as medidas de conforto implementadas pela equipa multidisciplinar. • Elabora por escrito um estudo de caso.
<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos no âmbito dos cuidados de 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar medidas de conforto no alívio de sintomas, 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família, com descompensação sintomática 		<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliza os conhecimentos teóricos na prática de cuidados;

<p>enfermagem no controlo sintomático (dor e dispneia) na pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família.</p>	<p>nomeadamente no que diz respeito à dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida.</p>	<p>nomeadamente quanto à dor e dispneia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinação de medidas de conforto que visem o alívio da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação de escalas utilizadas nos serviços para avaliação de sintomas; ▪ Avaliação da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida; ▪ Caracterização do perfil de dor (duração, frequência, localização, intensidade, características, fatores de agravamento e alívio); ▪ Vigilância da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplica as escalas utilizadas nos serviços; • Interpreta as escalas utilizadas nos serviços; • Caracteriza a dor e dispneia; • Reconhece episódios de dor irruptiva; • Utiliza os analgésicos de acordo com a escada analgésica definida pela OMS; • Identifica medidas não farmacológicas para o alívio da dor e dispneia;
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Realização de ensinios ao doente e sua família na caracterização da sua dor e dispneia, nomeadamente sobre as escalas de avaliação da dor e/ou de sintomas, sobre a importância do relato dos sintomas descontrolados, sobre medidas que aliviam ou exacerbam a dor e dispneia, bem como a importância do cumprimento do regime terapêutico; • Identificação dos fármacos utilizados de acordo com a escala analgésica da OMS, as suas indicações, interações, efeitos secundários, farmacocinética; • Observação da prática no que concerne à aplicação das regras de titulação e rotação de opióides; 		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica técnicas de comunicação utilizadas durante o contato com o doente e sua família que permitiram expressar a sua experiência com dor e dispneia e validar as estratégias estabelecidas em conjunto para o alívio da mesma. • O doente ou sua família demonstram capacitação para caracterizar a dor e dispneia e expressar as medidas de alívio e agravamento, verbalmente;
--	--	---	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Observação da aplicação de adjuvantes terapêuticos, identificando as situações em que existe benefício para a sua utilização; • Implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor e dispneia; • Utilização de técnicas de comunicação que permitam à pessoa expressar a sua experiência com descontrolo sintomático, nomeadamente dor e dispneia e encontrar estratégias em conjunto para o seu alívio; tais como a postura e as atitudes corporais, avaliação do comportamento não-verbal e da comunicação verbal do doente 		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica as intervenções que visem o conforto no alívio da dor e dispneia. • Avalia a eficácia das medidas de conforto implementadas no sentido de diminuir a dor e dispneia, aplicando as mesmas escalas de avaliação utilizadas antes da aplicação dessas mesmas medidas. • Elabora por escrito uma reflexão crítica, onde descreve as medidas de conforto
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do estado de conforto da pessoa tendo em conta as vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência, abrangendo os diferentes contextos (físico, psicológico, social, ambiental e espiritual); • Identificação das medidas que contribuíram para o estado de conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia tendo em conta o alívio, tranquilidade, e transcendência nos contextos físicos; psicológicos, social, ambiental e espiritual; 		implementadas na promoção do conforto do doente oncológico em fim de vida.
--	--	--	--	--

Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de 4 de Janeiro a 12 de Fevereiro de 2016

Competências a desenvolver: A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo maioritariamente, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem; D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; D2. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento; L5- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; L6. Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte, bem como obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo centrado na pessoa, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente; avaliar a pessoa e a sua família de forma sistemática, com instrumentos adequados, demonstrar julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família, descrever e interpretar escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica, utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente treinar assertividade, gerindo sentimentos e traduzindo relação terapêutica.

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Critérios de Avaliação
Desenvolver competências no controlo sintomático nomeadamente na dor e dispneia da	<ul style="list-style-type: none"> Implementar estratégias de intervenção do enfermeiro no controlo da dor 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do projeto à enfermeira-chefe, ao diretor de serviço, à equipa de enfermagem e médica, bem como à psicóloga; 	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeira-chefe; Enfermeira orientadora; 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora um documento escrito onde identifica a importância dada pela equipa de

<p>peessoa com doença oncológica em fim de vida.</p> <p>Sensibilizar a equipa de enfermagem e médica para a problemática da dor e dispneia do doente oncológico em fim de vida.</p> <p>Promover a melhoria dos cuidados de enfermagem na promoção do conforto do doente oncológico em fim de vida.</p>	<p>e dispneia no doente oncológico em fim de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de uma sondagem de opinião que aborde a importância do controlo sintomático nomeadamente a dor e dispneia ao doente oncológico em fim de vida e quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros e equipa médica; • Realização de auditorias aos processos clínicos, no sentido de se perceberem como são efetuados os registos de enfermagem no que concerne às medidas de conforto aplicadas a doentes oncológicos em fim de vida nomeadamente com dor e dispneia; • Estabelecimento de parcerias com pelo menos três elementos de enfermagem fixos no serviço e 	<ul style="list-style-type: none"> • Professora orientadora; • Equipa multidisciplinar. <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guião de observação da prática clínica; • Documentos dos serviços; <p><u>Físicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar. • ESEL <p><u>Temporais</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De 4 de Janeiro a 12 de 	<p>enfermagem e médica ao controlo da dor e dispneia no doente oncológico em fim de vida e as dificuldades sentidas pelas mesmas, bem como são realizados os registos de enfermagem no que diz respeito às medidas de conforto implementadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelece uma parceria com pelo menos três elementos de enfermagem fixos do serviço e dois elementos da equipa médica para a implementação do
--	--	--	--	--

		<p>dois elementos da equipa médica para se constituírem como elos de ligação na implementação do projeto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização da equipa de enfermagem e médica para a problemática do controlo da dor e dispneia no doente oncológico em fim de vida; • Elaboração de um documento com linhas orientadoras de boa prática para o controlo da dor e dispneia no doente em fim de vida com doença oncológica; • Validação do documento com linhas orientadoras de boa prática para o controlo da dor e dispneia no doente oncológico em fim de vida com pelo menos três peritos, a enfermeira-chefe, o diretor de 	<p>Fevereiro de 2016.</p>	<p>projeto de intervenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza pelo menos 2 ações formativas para sensibilização da equipa de enfermagem e médica para sensibilização do projeto. • Realiza um documento com linhas orientadoras de boa prática para o controlo da dor e dispneia no doente oncológico em fim de vida. • Valida o mesmo documento junto de
--	--	--	---------------------------	--

		<p>serviço e pelo menos 2 elementos da equipa médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementação do documento com linhas orientadoras de boa prática para o controlo da dor e dispneia no doente em fim de vida com doença oncológica, inicialmente em formato de papel e futuramente configura-lo no sistema S-Clínico; • Determinação, de pelo menos 40% da equipa de enfermagem, de medidas de conforto que visem o alívio da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicação das escalas POS-S e ESAS, após autorização da enfermeira chefe, a doentes a quem preste cuidados no sentido 		<p>pelo menos três peritos, a enfermeira-chefe, o diretor de serviço e pelo menos 2 elementos da equipa médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementa no serviço o documento com linhas orientadoras de boa prática para o controlo da dor e dispneia no doente em fim de vida com doença oncológica. • Elabora pelo menos dois estudos de caso. • Realiza pesquisa bibliográfica para identificar fatores que
--	--	--	--	---

		<p>de detetar os sintomas mais prementes no serviço.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cerca de 40% da equipa de enfermagem ▪ Mobilização dos instrumentos já instituídos no serviço de Cirurgia Geral, (escala numérica, visual analógica e a qualitativa); ▪ Avaliação da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida; ▪ Caracterização do perfil de dor (duração, frequência, localização, intensidade, características, fatores de agravamento e alívio); 		<p>interferem no relacionamento do doente com doença oncológica em fim de vida, sua família e equipa multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplica as escalas POS-S e ESAS, após autorização da enfermeira-chefe, aos doentes a quem presta cuidados. • Pelo menos 40% da equipa de enfermagem realiza a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização a escala numérica, visual
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigilância da dor e dispneia da pessoa com doença oncológica em fim de vida; • Realização de ensinios ao doente e sua família na caraterização da sua dor e dispneia; • Identificação dos fármacos utilizados de acordo com a escala analgésica da OMS, as suas indicações, interações, efeitos secundários, farmacocinética; • Aplicação das regras de titulação e rotação de opióides; • Aplicação de adjuvantes terapêuticos, identificando as situações em que existe benefício para a sua utilização; • Implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor e dispneia; 		<p>analógica e a qualitativa, durante a prestação de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretação das escalas de avaliação de sintomas utilizadas. ▪ Caracterização da dor e dispneia. • Utiliza os analgésicos de acordo com a escada analgésica definida pela OMS. • O doente ou sua família demonstram capacitação para caracterizar a dor e
--	--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de técnicas de comunicação que permitam à pessoa expressar a sua experiência com descontrolo sintomático, nomeadamente dor e dispneia e encontrar estratégias em conjunto para o seu alívio; • Identificação o estado de conforto da pessoa tendo em conta as vertentes de alívio, tranquilidade e transcendência, abrangendo os diferentes contextos (físico, psicológico, social, ambiental e espiritual); • Identificação as medidas que contribuíram para o estado de conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia tendo em conta o alívio, tranquilidade, e 		<p>dispneia e expressar as medidas de alívio e agravamento, verbalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifica medidas não farmacológicas para o alívio da dor e dispneia. • Identifica as intervenções que visem o conforto no alívio da dor e dispneia. • Avalia a eficácia das medidas de conforto implementadas no sentido de diminuir a dor e dispneia, aplicando as mesmas escalas de avaliação
--	--	---	--	--

		<p>transcendência nos contextos físicos; psicológicos, social, ambiental e espiritual;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de conhecimentos e competências adquiridas para as atividades práticas; 		<p>utilizadas antes da aplicação dessas mesmas medidas.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar os resultados obtidos com a implementação do projeto na mudança da prática de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de auditorias aos registos de enfermagem e médicos retrospectivamente relativos ao mês de implementação do projeto. 		<ul style="list-style-type: none"> • Elabora um documento escrito sobre as diferenças encontradas nos registos de enfermagem e médicos relativos à avaliação, controlo e registo da dor e dispneia, realizando uma comparação relativamente ao período pré e pós as medidas implementadas.

APÊNDICE III – Análise “SWOT”

Análise “SWOT” realizada ao serviço de Cirurgia Geral

No sentido de avaliar as condições do local onde me encontro a exercer funções para a aplicação do presente projeto de intervenção foi realizado uma análise “SWOT”, sendo este um acrónimo que significa Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats. Esta análise é importante para o planeamento estratégico e consciente em recolher dados importante que caracterizam o ambiente interno (pontos fortes e fracos) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças).

Assim identificando os pontos fortes, esta é uma área de interesse de grande parte da equipa de enfermagem, é identificado como sendo uma problemática pertinente, existem elementos fixos disponíveis para serem um elemento de ajuda na implementação do projeto, acompanhando de forma sistemática os doentes e sendo um recurso para a transmissão de informações, abertura da equipa de enfermagem em participar nas atividades propostas para a implementação do projeto, bem como interesse em adquirir novos conhecimentos, melhorando a prática implementada, para além de haver uma motivação pessoal relativamente à temática.

Quanto às fraquezas existem vários mitos e medos quanto às medidas de conforto implementadas ao doente em fim de vida nomeadamente na administração de opióides. O facto de ser uma equipa constituída por 50 elementos dispersos em 3 áreas do mesmo serviço e existirem elementos renitentes à mudança, bem como existir uma dificuldade em sensibilizar a equipa médica é outra fraqueza assinalada.

Relativamente às oportunidades foi identificado o desejo de melhorar as medidas de conforto ao doente em fim de vida, melhorando a qualidade dos cuidados, realização pessoal e profissional do enfermeiro melhorando as suas práticas, satisfação do doente e sua família com melhoria da qualidade de vida, bem como interesse da EIHSCP do Centro Hospitalar em colaborar com a implementação do projeto de intervenção.

Quanto às ameaças existe a dificuldade da implantação de registos de acordo com a evidência científica dirigida ao doente oncológico em fim de vida na plataforma S-Clínico e dificuldade em intervir com o doente em fim de vida.

APÊNDICE IV – Pergunta PI(C)O e Metodologia utilizada

Pergunta de partida – PI(C)O

Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida num serviço de internamento?

População: Pessoa com doença oncológica em fim de vida;

Intervenção: Intervenções de enfermagem;

Contexto: Serviço de internamento;

Resultados: Controlo da dor e dispneia.

Metodologia utilizada

Como metodologia utilizada e após refletir sobre a minha prática e sobre as experiências vivenciadas realizei uma revisão crítica da literatura no sentido de aprofundar conhecimentos e contribuir para o suporte teórico que sustenta o projeto.

Desta forma, na procura da melhor evidência científica disponível foi realizada uma pesquisa na ScienceDirect, Joanna Briggs Institute, ResearchGate, EBSCO, utilizando como base de dados a CINAHL, MEDLINE, selecionando artigos em full text, publicados entre o ano 2000 e 2015, com as palavras-chave: (Pain management OR Pain measurement OR Cancer pain OR Chronic pain OR Breakthrough pain OR Pain control OR Dyspnea OR Breathlessness OR Symptoms control) AND (Oncology nursing OR Perioperative nursing OR Nursing interventions OR Nursing care OR nurs*) AND (Palliative care OR Terminal care OR End of life care OR Surgery service). Como critérios de exclusão, inserem-se os artigos em que a população-alvo tivesse uma idade inferior a 18 anos, não estivesse em contexto de internamento e artigos anteriores a 2000. Foi ainda realizada pesquisa bibliográfica a vários livros publicados sobre a temática.

7. ANEXOS

ANEXO I – Competências a desenvolver

No decorrer do presente projeto de intervenção pretendo desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e as competências imanadas pela European Oncology Nursing Society.

- RCCEE (2010):

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.
- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
- B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo maioritariamente, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.
- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
- D2. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

- RCEEEEPSCP (2011):

- L5- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
- L6. Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

- Competências do EONS (2013):

- Obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo centrado na pessoa, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente.

- Avaliar a pessoa e a sua família de forma sistemática, com instrumentos adequados. Demonstrar julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família.
- Descrever e interpretar escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica.
- Utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente treinar assertividade, gerindo sentimentos e traduzindo relação terapêutica

Apêndice V- Guia de Observação e consulta da dinâmica organo-funcional
dos locais de ensino clínico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Docente:

Professora: Eunice Sá

Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos Nº 88

Lisboa, Outubro de 2015

INTRODUÇÃO

A aquisição de novos conhecimentos e competências decorre de variadíssimas formas, quer seja em contexto escolar, onde de acordo com Papp, Markkanen & Bonsdorff (2003) é realizada de uma forma mais controlada, focada e planeada, ou através do trabalho prático, que de acordo com Eraut (2008), envolve a aprendizagem pelo trabalho, que não é totalmente descrito em livros mas que desempenha um papel fundamental na maioria das práticas e atividades baseadas no trabalho.

Existem quatro padrões de conhecimento, que os enfermeiros valorizam e utilizam na sua prática, identificados por Carper (1978) o conhecimento empírico, relacionado com a investigação, conhecimento ético, relacionado com a moral, normas, valores e padrões deontológicos, o autoconhecimento e o conhecimento estético, ou seja, a arte de enfermagem. Estes quatro padrões inter-relacionam-se, espelhando a totalidade da experiência, contribuindo para a prática de enfermagem.

Neste sentido, para que da melhor forma fosse possível a integração na equipa multidisciplinar dos diversos locais de ensino clínico, torna-se fundamental conhecer a estrutura física, organização, dinâmica através da observação e da consulta de manuais, protocolos e projetos existentes. Paralelamente, para que fosse facilitador a articulação entre as recomendações da evidência científica com a prática, torna-se pertinente a elaboração de um guião de observação, permitindo perceber a forma como os enfermeiros proporcionam medidas de conforto a pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor e dispneia e família, tirando desta observação contributos que ajudem na articulação da teoria com a prática. Assim a estruturação deste guião pretende:

- Facilitar a aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica organo-funcional dos quatro locais onde realizarei os ensinamentos clínicos;
- Compreender como o enfermeiro implementa medidas na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica, no seio da equipa multidisciplinar.

1. ASPECTOS A CONSULTAR EM MANUAIS, PROTOCOLOS, PROJETOS EXISTENTES NOS SERVIÇOS:

• Finalidades do serviço;
• Objetivos do serviço;
• Composição física do serviço;
• Organograma;
• Formação em serviço;
• Existência de manuais, protocolos e/ou projetos;
• Constituição da equipa multidisciplinar;
• Zona de influência;
• População abrangida;
• Critérios de admissão de doentes;
• Protocolos de admissão;
• Articulação com outros serviços;
• Articulação com recursos da comunidade;
• Horário de funcionamento;
• Organização da consulta/serviço

2. ASPECTOS A OBSERVAR NA PRÁTICA E A CONSULTAR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM:

Instrumentos de Avaliação da Dor Oncológica	
Instrumentos de autoavaliação	Escala Visual Analógica
	Escala de Avaliação Numérica
	Escala Qualitativa
	Escala de Faces de Wong-Baker
	Escala de Faces Revista
	Inventário Resumido da Dor
	Palliative Care Outcome Scale – Sintomas
	Escala de Avaliação de Avaliação de Sintomas de Edmonton
Instrumentos de heteroavaliação	Behavioral Pain Scale na versão Portuguesa
	Escala do Observador
	Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa
	Avaliação da dor em demências em estado avançado

Avaliação das características da dor
Intensidade
Localização
Duração da dor
Ausência/presença de irradiação
Frequência
Tipo de dor
Padrão de dor
Fatores de alívio e exacerbação
Resposta ao esquema analgésico e à medicação de resgate
Interferência nas atividades de vida diária
Existência de outros sintomas associados

Avaliação da pessoa com doença oncológica
Interferência nas atividades de vida diária (trabalho, vida social, padrões de sono, apetite, funcionamento sexual, humor, bem-estar);
Impacto na componente física, psicológica e social;
Avaliar o estado psicológico e o grau de conhecimento da doença do cuidador (ansiedade, depressão, ideação suicida, ambiente social, qualidade de vida, preocupações espirituais, problemas de comunicação, transtornos de personalidade);
Estado funcional;
Presença de opióidofobia;

Vias de administração mais frequentes
Oral
Endovenosa
Subcutânea
Intramuscular
Transmucosa
Transdérmica
Intratecal ou epidural

Medidas farmacológicas (Utilização da escada analgésica da OMS)
1º Degrau: dor ligeira – Analgésicos não opióides e adjuvantes
2º Degrau: Dor moderada – Opióides fracos ou opióides fortes em pequena dosagem e adjuvantes
3º Degrau: Dor intensa – Opióides fortes e adjuvantes
Considerar terapêuticas adjuvantes; radioterapia; quimioterapia; cirurgia; bloqueios anestésicos
Utilizar medidas não farmacológicas concomitantemente

Medidas não farmacológicas implementadas
Escuta ativa
A pessoa participa nas decisões terapêuticas
Articulação com outros profissionais de saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais)
Intervenções cognitivo-comportamentais
Relaxamento com imaginação
Distração
Exercícios
Imobilização
Massagem
Estimulação elétrica transcutânea (TENS)
Meditação, orações, ou outras práticas espirituais
Toque terapêutico
Fornecimento de documentos com os ensinamentos das medidas de conforto a serem implementadas

Avaliação da dispneia
Começo, frequência, duração
Fatores de alívio e exacerbação
Descrição
Existência de outros sintomas associados
Gravidade
Utilização de medidas farmacológicas e qual a eficácia do tratamento
Impacto que causa
Objetivo da pessoa para o controlo
Despiste de causas potencialmente tratáveis

Implementação de medidas na dispneia ligeira
Uso de leque; ventinha; abrir janela;
Utilização de Oxigénio: se a pessoa apresenta hipoxia, hemoglobina inferior a 10g/dl, DPOC
Implementação de medidas farmacológicas
Utilização de oxigénioterapia
Utilização de opióides
Utilização de benzodiazepinas
Utilização de corticoides
Utilização de furosemida

Implementação de medidas não farmacológicas
Exercícios de respiração como o treino da respiração profunda diafragmática e respiração com os lábios semicerrados
Apoio psicológico
Toque terapêutico
Folhetos informativos
Ambiente tranquilo
Posicionamento com ajuda total ou parcial
Dissociação dos tempos respiratórios
Plano de exercícios individualizados
Técnicas de relaxamento, hipnose, acupuntura, acupressão
Técnicas cognitivo-comportamentais

3. CLÍNICA DE DOR E UNIDADE MULTIDISCIPLINAR DE DOR CRÓNICA

A clínica de dor encontra-se situada numa instituição hospitalar especializada na doença oncológica, de referência em Portugal. Foi pioneira como Unidade Multidisciplinar da dor em Portugal, tendo sido inaugurada em 1978, no desenvolvimento das atividades clínicas e terapêuticas do serviço de Anestesiologia e da consulta de Neurologia. Em 1994, com a criação do Departamento de Anestesiologia, a consulta da Dor passa a ficar integrada nesse departamento com a designação de Unidade Terapêutica da Dor, contudo, manteve as características multidisciplinares que estiveram na sua origem. Com a dissolução de todos os departamentos clínicos em 2002, esta unidade assume-se como autónoma.

Relativamente à Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica encontra-se localizada no Centro Hospitalar onde exerço funções, sendo uma mais-valia na articulação com o serviço de Cirurgia Geral, onde me encontro a trabalhar, podendo advir contributos para as pessoas com doença oncológica internadas, melhorando desta forma a qualidade dos cuidados. Os dois locais de ensino clínico são considerados como Unidades Multidisciplinares de Dor, dando resposta a situações em que existe complexidade de diagnóstico, necessidade de realização de exames complementares ou técnicas terapêuticas diferenciadas e/ou dificuldade no controlo da dor (Plano Nacional de Luta Contra a Dor, 2008).

De acordo com a observação realizada e a consulta de manuais e protocolos existentes em cada serviço, será descrita a dinâmica organo-funcional dos dois locais.

Clínica de dor: Este é o primeiro local onde realizarei os ensinamentos clínicos e tem como objetivos, de acordo com o guia de integração a novos enfermeiros:

- Avaliação, estudo clínico e tratamento dos síndromes causados por neoplasias malignas e suas metástases, particularmente quando não for possível a sua supressão pelo tratamento da lesão causal;
- Avaliação, estudo clínico e tratamento de síndromes algícas crónicas, não explicadas pela doença neoplásica;
- Apoio psicoterapêutico a pessoas com dor crónica, visando uma melhoria dos aspetos psicológicos relacionados com dor e/ou doença e consequentemente, da sua qualidade de vida;

- Investigação na área da dor, particularmente nos seus aspetos clínicos e terapêuticos;
- Promoção do ensino e condutas no campo da dor, estabelecendo atitudes e procedimentos assentes em bases científicas e racionais.

Quanto ao espaço físico é constituído por uma sala de tratamentos/sala de trabalho de enfermagem com marquesa articulada, rampa de sistema de gases e aspiração por vácuo, monitor cardíaco e hemodinâmico, carro de urgência, fármacos com reposição de *stock* semanal, cofre de estupefacientes, armários e gavetas de material e roupa em stock, 2 Gabinetes de consulta, 1 Gabinete de psicologia clínica, 1 Quarto com 2 camas, 2 cadeirões e 1 maca articulada, 2 monitores cardíacos e hemodinâmicos, rampa de sistemas de gases e aspiração por vácuo, 2 mesas de refeição, 2 mesas-de-cabeceira e um armário de stock de roupa, 1 Secretariado, 1 Gabinete do diretor de serviço, 1 Gabinete para a enfermeira coordenadora, 1 Sala de espera, para doentes e acompanhantes, que funciona no corredor (área central que liga todas as áreas anteriormente referidas), 2 WC, um para os doentes e outro para o pessoal do serviço.

Relativamente à constituição da equipa multidisciplinar é composta por quatro médicos, cujas especialidades são anestesia, neurologia, psiquiatria e fisioterapia, cinco enfermeiros orientados por uma enfermeira coordenadora, uma psicóloga clínica, assistente social e uma secretária de unidade. Articula-se ainda com o serviço de medicina física e reabilitação.

Esta clínica destina-se fundamentalmente às pessoas que sejam acompanhadas na instituição onde se encontra inserida com situações álgicas de difícil controlo, encaminhados pelos seus médicos assistentes, através de requisição própria ou por contacto pessoal ou telefónico com um dos elementos médicos da Clínica. Atende também, pessoas com doença oncológica de outras instituições encaminhadas pelo médico assistente, devidamente documentados, sendo inscritos na consulta, apenas os casos que o justifiquem e que não envolvam sobrecarga para outros serviços da instituição, sendo esta triagem realizada pelos clínicos do serviço.

Procurou-se sempre que possível dar resposta imediata a situações de descontrolo álgico, realizando muitas vezes uma pré-consulta de avaliação e tratamento imediato, seguindo-se posteriormente a marcação de uma primeira consulta efetiva para colheita de dados e avaliação mais pormenorizada da pessoa com dor. Sempre que a pessoa se encontra devidamente estabilizada do ponto de

vista álgico é reencaminhada para o seu médico assistente, quer seja da instituição onde se encontra inserida ou de outra instituição, devidamente documentado, disponibilizando os contactos do serviço.

A Clínica de Dor funciona todos os dias úteis em regime de consulta e Hospital de Dia das 8h00 às 17h00.

Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica: É o terceiro local de ensino clínico e tem como objetivo geral: Promover um atendimento de enfermagem humanizado e personalizado à pessoa com dor crónica.

Concomitantemente os objetivos da consulta de enfermagem são, de acordo com o seu guia de apoio à integração a novos enfermeiros: Promover a autonomia da pessoa no conhecimento, vigilância e controlo da sua dor crónica e assim:

- Capacitar a pessoa/cuidador para a autonomia no controlo da dor;
- Facilitar a adaptação da pessoa à sua condição de saúde;
- Aumentar a segurança, satisfação e confiança das pessoas com dor crónica;
- Reduzir as comorbilidades associadas ao não controlo da dor;
- Reduzir o recurso a outras unidades de saúde ou a internamento;
- Reduzir o número de dias de incapacidade temporária para o trabalho.

Esta Unidade funciona em instalações próprias, dispondo de secretariado com arquivo, sala de espera com instalações sanitárias, dois gabinetes de consulta, uma sala de tratamentos e uma sala de multiusos. A sala de tratamentos é ampla estando dividida por áreas: bancada de preparação de terapêutica, com armários para arrumação de material e medicação, carro de emergência, marquesa com acesso a monitor multiparâmetros e rampa de oxigénio, onde são realizados tratamentos invasivos e telefone com linha direta. A sala multiusos é também ampla e encontra-se equipada com cama, rampa de oxigénio, dois cadeirões reclináveis, monitor multiparâmetros, armário para armazenamento de material e medicação. Neta sala são realizadas consultas de enfermagem, psicologia, treinos de relaxamento, tratamentos com TENS, administração de terapêutica endovenosa e reuniões de equipa.

Quanto à equipa multidisciplinar é constituída por três médicos anestesistas, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga e tem ainda apoio da

nutricionista, de um neurocirurgião, de um terapeuta ocupacional e de um fisioterapeuta.

A admissão a esta Unidade pode ser realizada em regime de ambulatório ou de internamento.

Relativamente à admissão em regime ambulatório o acesso das pessoas com dor crónica é feito por referenciação interna ou externa.

- Interna quando é feita por qualquer das especialidades existentes Centro Hospitalar, através de sistema informático.
- Externa quando é feita por entidades externas ao Centro Hospitalar, como centros de saúde, que fazem a referenciação através do sistema Alerth.

Os pedidos são rececionados na Unidade e sujeitos a uma triagem, consoante prioridade de marcação e urgência do pedido, motivo pelo qual a referenciação deve ser acompanhada pelo resumo da situação clínica. Os critérios de estabelecimento de prioridade nas pessoas com doença oncológica prendem-se com o facto de não terem a dor controlada ou a dor estar controlada mas com previsão de agravamento. Nas pessoas com doença não oncológica, os critérios de prioridade são estabelecidos de acordo com o tipo de dor/patologia e se a pessoa se encontra ou não medicada.

Quanto à admissão em regime de internamento a maior parte das pessoas não são seguidas na consulta de dor, ou seja, o primeiro contacto com a Unidade é realizado no internamento, podendo posteriormente serem seguidas em regime de ambulatório. O pedido de colaboração médica é feito à Unidade com recurso a pedido de observação com informação clínica entregue no secretariado da Unidade ou diretamente à equipa de enfermagem. A equipa médica desloca-se à unidade de internamento para observação e estabelecimento do plano terapêutico. É realizada entrevista de enfermagem para colheita de dados e após a consulta são realizados os registos em sistema informático S-Clínico. É contactada a unidade de internamento para passagem de alguma informação pertinente. Para vigilância do controlo da dor das pessoas internadas, a enfermeira da Unidade entra em contacto com as enfermeiras das unidades de internamento e com a pessoa, obtendo assim feedback sobre a forma como está a ser administrada a terapêutica e a sua eficácia. As visitas da equipa de enfermagem da Unidade à pessoa internada demonstraram-se importantes, proporcionando conforto, confiança e segurança, sendo uma estratégia de humanização dos cuidados (Kolcaba, 2003; Rycroft-Malone, Seers, Titchen,

Harvey, Kitson & McCormack, 2003). Quando há previsão de alta, o internamento contacta a Unidade para referenciação das pessoas, sendo fornecido esquema terapêutico, receitas e marcação de consulta em ambulatório. Sempre que seja necessário realizar ensinios sobre a terapêutica a enfermeira da Unidade desloca-se ao internamento.

Tal como na Clínica de Dor funciona todos os dias úteis em regime de consulta e Hospital de Dia das 8h00 às 17h00.

Clínica de Dor e Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica: Ambos os locais de ensino clínico pretendem assegurar uma abordagem holística através da intervenção direta ou indireta de diversos profissionais, privilegiando um trabalho em equipa multidisciplinar. Este trabalho em equipa possibilita a aprendizagem e desenvolvimento, numa congregação de esforços para que se prestem os cuidados adequados, resultando na satisfação das pessoas com dor crónica, dos cuidadores e dos profissionais. Através da interação e comunicação eficaz entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, resultam mais-valias para a pessoa com dor/cuidador principal, dado o carácter multidimensional da dor crónica (Bartley, Webb & Bayly, 2015; Chapman, 2012; Strong et al, 2012).

Nas consultas de primeira vez, as pessoas com dor crónica têm o seu primeiro contato com a unidade sendo avaliados em entrevista de enfermagem e posteriormente consulta de psicologia e consulta médica. Na consulta de enfermagem a colheita de dados é realizada em impresso da instituição, que permite colher dados importantes na avaliação da dor não controlada, possibilitando a identificação das necessidades de cada pessoa/família, organizando-se a intervenção adequada. As pessoas com dor crónica desenvolvem, facilmente situações de ansiedade e alterações comportamentais que desencadeiam sentimentos de desvalorização pessoal, baixa autoestima e períodos de revolta e desânimo. Assim, foi importante que o enfermeiro ao realizar a colheita de dados tivesse disponibilidade de ouvir a pessoa sobre a sua história de dor, relativamente à localização, caracterização, padrão de sono, fatores que a agravam e que a aliviam. É importante perceber em que medida a dor interfere nas atividades profissionais, familiares e sociais. Verificou-se que as pessoas com dor e os cuidadores recorrem às unidades com muita frequência, pelo que foi facilitador o estabelecimento de uma relação de ajuda para dar resposta às suas necessidades (DGS, 2012; Zhi & Smith, 2015; Boveldt, Vernooij-

Dassen, Burger, IJsseldijk, Vissers & Engels, 2014, p.381, Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels, 2014).

Durante a entrevista é privilegiado o estabelecimento de um ambiente tranquilo, esclarecendo dúvidas e procurando criar com a pessoa com dor e cuidador principal uma relação de confiança.

A entrevista encontra-se estruturada da seguinte forma:

- Acolhimento da pessoa com dor crónica/cuidador principal;
- Apresentação do espaço físico;
- Informação sobre a constituição da equipa de saúde e objetivos assistenciais;
- Informação sobre o funcionamento da Unidade (marcação de consultas, atendimento presencial e telefónico) e entrega de guia de acolhimento;
- Colheita de dados em folha própria;
- Início do programa de ensino, com algumas noções sobre dor, dor crónica, tratamento, efeitos secundários e o seu controlo.

É aplicado o Inventário Resumido de Dor que avalia a dor e o seu impacto nas atividades de vida diárias, bem como o alívio da medicação, sendo realizado ensino sobre a utilização e objetivo da aplicação deste (Azevedo et al, 2007). Posteriormente os resultados deste questionário são discutidos em equipa multidisciplinar.

Após a realização da consulta de enfermagem e da psicóloga é realizada uma reunião com o grupo multiprofissional para transmitir informações relevantes aos médicos que irão avaliar a pessoa. A consulta médica é realizada tendo sempre o enfermeiro presente, sendo à medida que é efetuada a prescrição clínica, realizado o ensino do esquema terapêutico, bem como da administração de terapêutica e agendada a consulta de enfermagem subsequente presencial ou não presencial (telefonicamente), de acordo com as necessidades da pessoa. Se, na avaliação da equipa multidisciplinar, forem detetadas necessidades socioeconómicas, a pessoa é encaminhada para a assistente social do serviço, se a pessoa nunca foi avaliada nesta perspetiva, ou para a assistente social que acompanha a pessoa na especialidade da sua patologia. Tal como recomendado na evidência científica a articulação com assistentes sociais e psicólogos mostrou ser uma mais-valia, para a integração de intervenções psicossociais que capacitem a pessoa e os seus cuidadores a lidar com a dor (Paice & Ferrell, 2011; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Relativamente às consultas subsequentes sucedem em tempo variável, consoante o controlo do quadro algíco e situação clínica da pessoa. Esta consulta pode ser presencial ou não, por intermédio do cuidador, com agendamento ou não. Para esta consulta estabeleceram-se os seguintes critérios de agendamento:

- Verificação da adesão à terapêutica em pessoas não cumpridoras (por deficit cognitivo, desmotivação, ineficácia terapêutica, discordância da prescrição ou por surgimento de efeitos secundários);
- Administração de medicação;
- Ensino;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Agravamento sintomático após despiste telefónico.

Nas consultas sem agendamento, as situações mais frequentes ocorrem devido a:

- Agravamento sintomático;
- Encaminhamento de outras especialidades
- Preferência da pessoa em comunicar com a equipa presencialmente independentemente do motivo.

A consulta não presencial por intermédio do cuidador ocorre sempre que é o cuidador que recorre às Unidades, por incapacidade da pessoa com dor se deslocar, sendo os esclarecimentos ou ensinados realizados ao cuidador.

A pessoa com dor crónica e seu cuidador têm ainda a seu dispor a disponibilização de uma linha telefónica, sendo a sua chamada recebida por enfermeiros peritos, embora com limitação horária (dias úteis das 9h00 às 16h00), que permite a continuidade dos cuidados, possibilitando a acessibilidade à informação, gerindo dúvidas e dificuldades sentidas pela pessoa e sua família, fornecendo segurança e comodidade à pessoa e cuidadores evitando deslocações desnecessárias à Unidade ou a outras unidades de saúde (Martins & Lopes, 2010).

A equipa de enfermagem contacta a pessoa com dor crónica/cuidador para:

- Monitorização da dor;
- Validação do cumprimento do regime medicamentoso (principalmente em situações de aumento gradual de dose);
- Verificação da adesão ao regime terapêutico;
- Despiste de efeitos secundários;

- Convocação para a realização de procedimentos invasivos, dando recomendações necessárias;
- Follow-up após a realização de procedimentos invasivos;

A pessoa com dor crónica/cuidador, contacta a equipa de enfermagem para:

- Comunicar agravamento sintomático ou aparecimento de efeitos secundários;
- Dar feedback da evolução da situação;
- Esclarecimento de dúvidas;
- Apoio psicoemocional e/ou social;
- Agendamento de atendimento subsequente.

De forma a permitir que a pessoa com dor crónica/cuidador sejam autónomos e corresponsáveis através do conhecimento no seu tratamento são desenvolvidos ensinios que facilitam o acesso à informação, sendo reforçados em todas as consultas:

- É privilegiado o envolvimento da pessoa/família/cuidador como parceiros ativos na gestão da sua dor;
- É facilitado o acesso à informação, através da disponibilização de folhetos dos ensinios realizados;
- É reconhecido que a pessoa/família têm um papel fundamental no controlo da dor, sendo a partilha de experiências e dos seus conhecimentos com a equipa de saúde uma mais-valia para a individualização dos cuidados.

Os ensinios são realizados tendo em conta cada pessoa/cuidador indo de encontro às suas necessidades e tempos (uma pessoa com dor não controlada, ansiosa cuja a família encontra-se também ansiosa, não irá apreender muita da informação disponibilizada). Assim, tenta-se iniciar o mais precocemente possível, de forma faseada abordando os seguintes temas:

- O que é dor crónica (definição de dor e dor crónica, mecanismos de desenvolvimento de dor crónica, aspetos que influenciam a experiência de dor, comorbilidades de uma dor crónica não controlada).
- Controlo da dor crónica (avaliação da dor, tipos de dor, regras da OMS para controlo da dor crónica).
- Medidas farmacológicas.
- Medidas não farmacológicas.

- Efeitos secundários da medicação e medidas de prevenção e controlo dos mesmos (náuseas/vómitos, obstipação, toxicidade do sistema nervoso central).

- Vantagens do exercício físico (mobilização/imobilização, tipo e duração do exercício, prevenção de quedas, importância de atividades de descontração (laborais, lúdicas, sociais).

- Terapêutica (esquema terapêutico com disponibilização de um esquema em papel contendo o nome da medicação a dosagem e os horários da mesma, bem como deve ser realizada a sua administração, é explicado o que é cada medicamento e o seu mecanismo de ação, na primeira aplicação é realizada uma demonstração, ou simulação com material didático, noção de dose basal e terapêutica de resgate, noção de titulação de dose e como é realizada, alertas sobre particularidades de alguns medicamentos, precauções a ter na administração, sinais de alerta como doses insuficientes, sobredosagem, reações adversas, fornecimento de calendário para registo da mudança do penso transdérmico).

Para cada pessoa é preenchido um guia de ensino para que possam avaliar o que já foi abordado, quando e a necessidade de reforço. O uso de várias ferramentas de ensino, tais como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, ajudam a pessoa a se sentir mais no controlo da sua dor (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014; OE, 2008; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012; NCCN, 2014; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).

Semanalmente existe ainda uma consulta de grupo, realizada à terças-feiras na Clínica de Dor e às quintas-feiras na Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica, com o diretor do serviço, anestesistas, neurologistas, psicóloga e o enfermeiro. Nesta consulta são discutidos casos clínicos, que pela sua complexidade ou dificuldade no controlo algico, justifiquem discussão e/ou observação da pessoa em equipa multidisciplinar.

O hospital dia/sala de tratamentos funciona diariamente para atendimento não programado, como terapêutica injetável em bólus e em perfusão, preparação e colocação de infusores, PCA subcutâneos, endovenosos e epidurais, pensos e avaliação hemodinâmica esporádica. Duas vezes por semana, realizam-se técnicas invasivas tais como infiltrações supraescapulares, occipitais, de pontos trigger, epidurais, infiltrações intercostais, de toxina botulínica e colocação de cateteres epidurais, entre outras. O enfermeiro colabora na avaliação do quadro algico e

preparação da pessoa para as técnicas; realiza vigilância e cuidados à pessoa durante e após o procedimento, o que inclui acompanhamento ao serviço de internamento, se necessário; realiza ensinamentos/aconselhamento, apoio emocional e Follow-up após a realização de procedimentos invasivos.

4. SERVIÇO DE INTERNAMENTO EM CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

O serviço de internamento em cuidados paliativos, foi o segundo local onde realizei ensino clínico. Tem como objetivos o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de pessoas em situação clínica complexa associada a sofrimento decorrente da doença avançada oncológica ou não, incurável e progressiva. Os cuidados são prestados ao doente e sua família, de forma ativa e personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014; Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015).

De acordo com a definição utilizada no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004) é uma unidade de nível III, ou seja, para além de prestar cuidados paliativos numa unidade de internamento próprio, por equipas diferenciadas e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. Para além disto desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada, desenvolvem atividades regulares de investigação nesta área e possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência. Como referências de suporte, esta unidade debruça-se no planeamento estratégico do Hospital de ensino clínico II, critérios de qualidade (ANCP), decreto de lei nº 101-2006 de 6 de Julho e organização de serviço (ANCP) Programa Nacional de Cuidados Paliativos, DGS, Julho 2004.

Este serviço realiza ainda o desenvolvimento de atividades na área de consultadoria nos diferentes serviços agudos do mesmo hospital, colabora com

organismos estatais, sociedades científicas e profissionais credíveis na área de cuidados paliativos e promove iniciativas (assistenciais, de investigação, formação e sensibilização), com vista à dinamização científica e da sociedade em geral, de temas no âmbito dos cuidados paliativos, bem como avalia periodicamente os cuidados prestados neste serviço. Em termos de missão pretende proporcionar apoio global à pessoa com doença grave, avançada e/ou incurável, e seus familiares através da prestação de cuidados paliativos de qualidade, proporcionando-lhe desta forma bem-estar e dignidade (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2010).

A formação contínua é um componente essencial, sendo uma prioridade tendo em conta as necessidades dos profissionais na procura da melhor qualidade nos cuidados prestados, tal como recomendado na literatura (OE, 2008; DGS, 2012; Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).

Na prestação de cuidados paliativos é visado a prevenção e intervenção no sofrimento da pessoa com doença grave e incurável e da sua família. Estes cuidados integram quatro componentes fundamentais:

- Avaliação das necessidades;
- Estabelecimento de objetivos terapêuticos;
- Cuidados ativos, globais e integrados;
- Educação e formação (Barbosa & Neto, 2010).

O acompanhamento e tratamento é realizado numa perspetiva global da pessoa portadora de uma doença severa e/ou crónica oncológica ou não que necessita de cuidados paliativos e seus familiares. Foi demonstrado respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa, como ser único e autónomo, bem como demonstrar acessibilidade e disponibilidade. Para assegurar a qualidade dos cuidados é promovida uma reflexão em equipa multidisciplinar pelo menos uma vez por dia, discutindo todos os casos clínicos (Barbosa & Neto, 2010; Raymond, et al, 2010).

Relativamente à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, encontra-se localizada na instituição onde exerço funções, sendo o quarto local de ensino clínico. A sua missão é garantir apoio e suporte específico e organizado, a pessoas doentes e suas famílias/cuidadores, que enfrentam doenças do foro oncológico ou não, avançadas e/ou incuráveis e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do seu sofrimento total, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso e integral dos problemas físicos, psicológicos, sociais e

espirituais, visando otimizar a sua qualidade de vida e promover cuidados de conforto (OE, 2001). A prossecução desta missão assenta nos seguintes valores:

- Solidariedade, confiança e respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa, sendo esta considerada como um ser único e autónomo;
- Abordagem multidisciplinar;
- Cuidados integrais e holísticos a pessoa em fim de vida e sua família/cuidadores, tendo por base as suas necessidades globais (físicas, psicológicas, sociais e espirituais);
- Disponibilidade e acessibilidade.

Tem como objetivos:

- Prestar apoio, sob a forma de Consultadoria Interna, às pessoas que necessitem de cuidados paliativos, internadas no Centro Hospitalar.
- Prestar apoio assistencial, sob a forma de Consulta Externa e Atendimento Telefónico, às pessoas em fim de vida atendidas no Centro Hospitalar, que se encontram em regime ambulatório.
- Criar a médio prazo uma unidade de internamento de Cuidados Paliativos de referência, descrita como terciária, para gestão de casos complexos e realização de investigação nesta área, conforme está descrito no Plano Nacional de Cuidados Paliativos (2004).
- Promover e colaborar nas atividades de formação contínua, no âmbito dos Cuidados Paliativos, direcionadas aos vários grupos profissionais do Centro Hospitalar.
- Colaborar em atividades de formação pré e pós-graduada em Cuidados Paliativos.
- Promover projetos de articulação com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa e com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Promover e incentivar atividades de investigação (básica e clínica), na área dos cuidados paliativos, isoladamente e/ou em colaboração com entidades que se revelem interessadas nesta matéria.

Para que seja possível a referenciação a esta equipa, deverá ser elabora um pedido pelo médico, sob a forma de Consulta Interna ou Externa, consoante o regime em que se encontre a pessoa (internamento ou ambulatório). O médico assistente

deve efetuar o pedido em folha própria pré-estabelecida, onde deverá constar o motivo do mesmo e todos os dados sobre a situação clínica global da pessoa considerados relevantes. A sua constituição engloba uma médica, 2 enfermeiros, uma psicóloga e uma assistente social, todos com formação avançada em cuidados paliativos.

A atividade assistencial organiza-se sinteticamente da seguinte forma:

- Consulta Interna: o pedido de observação pessoa internada é respondido nas primeiras 48 horas úteis. A pessoa doente é observado pela equipa que elabora e sugere uma proposta de Plano de Atuação, quer no sentido de encaminhamento para a alta (com posterior seguimento em regime de Consulta Externa), quer para orientação no processo de fim de vida em internamento.
- Consulta Externa: o pedido de observação da pessoa em ambulatório é normalmente atendido no prazo de uma semana. São acompanhados na consulta externa, todos as pessoas em fim de vida em regime de ambulatório, que ainda reúnam condições físicas que lhes permitam aceder à mesma.
- Atendimento Telefónico: este serviço é assegurado pela médicas e pelos enfermeiros, dentro do horário de funcionamento da equipa (dias úteis das 8h00 às 16h30), estando disponível para dar resposta a doentes, familiares e outros técnicos implicados.

Esta equipa encontra-se no nível I do Plano Nacional de Cuidados Paliativos, sendo uma equipa que presta cuidados através de elementos multidisciplinares, com formação diferenciada que podem estar diretamente envolvidos nos cuidados ou dar apoio a outras equipas (DGS, 2004).

5. CONTRIBUTOS DA OBSERVAÇÃO E CONSULTA DE DOCUMENTOS EXISTENTES NOS SERVIÇOS

Este documento foi facilitador para a organização da informação, bem como orientar os itens a observar e a consultar nos vários locais de ensino clínico, por onde tive o privilégio de enriquecer o meu processo de formação pessoal e profissional.

Assim, permitiu-me integrar os vários serviços, conhecendo a estrutura física, organização, dinâmica, manuais, protocolos e projetos existentes. A sua utilização facilitou a discussão das recomendações da evidência científica, com as equipas multidisciplinares dos diversos locais, confrontando-as com a prática, possibilitando uma articulação de conhecimentos, desenvolver capacidades analíticas e

pensamento crítico. Neste sentido, possibilitou, dar significado ao conhecimento e melhorar a prática (Tomey & Alligood, 2002; Papathanasiou, Sklavou & Kourkout, 2013). Este confronto da prática com a evidência científica, guiou a revisão da literatura na procura da melhor evidência científica. Através da prática baseada é possível credibilizar a enfermagem enquanto profissão e ciência, melhorando tanto a qualidade dos cuidados prestados como diminuindo os custos, atribuindo à decisão clínica uma racionalidade custo-benefício alicerçado num valor ético (Pereira, Cardoso & Martins, 2012).

A observação, consulta de documentos do serviço e a discussão em equipa multidisciplinar sobre as recomendações da evidência científica atualizada, foi facilitador para a reflexão sobre a prática e incrementada em estudos de caso e reflexões críticas realizadas. A prática reflexiva é um conceito relevante uma vez que, capacita os enfermeiros para a aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Jonhs (2004) descreve reflexão o desenvolvimento do autoconhecimento, seja dentro ou após a experiência, de forma a enfrentar, compreender e agir em direção à resolução de uma situação significativa da prática.

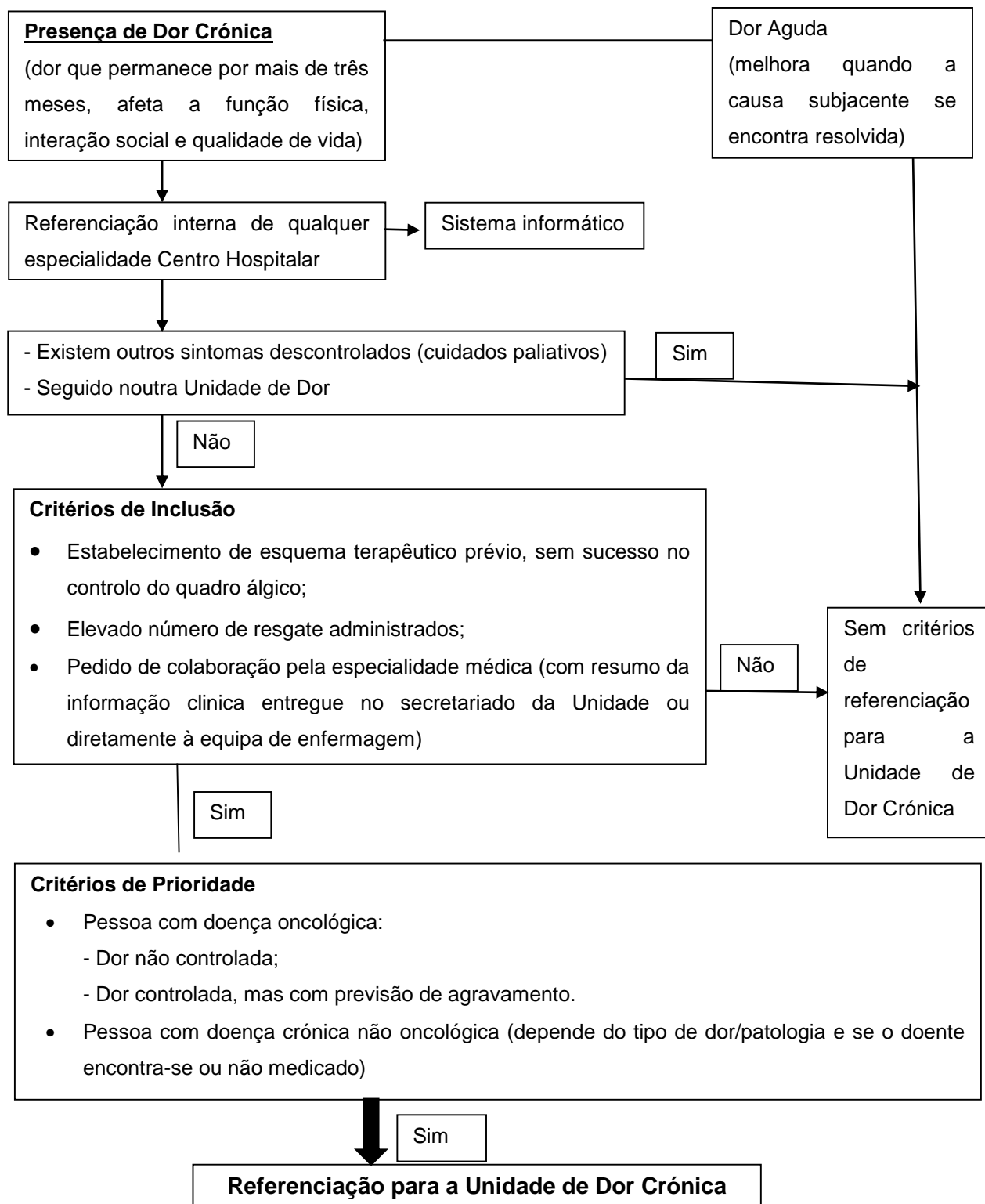
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., *et al.* (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico da Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor. *Dor*. 15. (4). 4-57.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bartley, C., Webb, J., & Bayly, J. (2015). Multidisciplinary approaches to moving and handling for formal and informal carers in community palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 21. (1). 17-23.
- Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.
- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Besse, K. & Engels, Y. (2014). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*. 23.1409-1420.
- Canário, R., Correia, J. A., Dubar, C., Malglaive, G., Barroso, J., Bolívar, A.,...d'Espiney, L. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of Knowing in nursing. Aspen Publishers. 1. (1). 13-24.
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*. 26. (47). 42-46.
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in continuing education*. 26. (2). Disponível em <http://old.mofet.macam.ac.il/iun-archive/mechkar/pdf/InformalLearning.pdf>, Acedido a 22 de Setembro de 2015.

- Farquhar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1-11.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. (3ª ed.). United Kingdom. Wiley-Blackwell.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Martins, M. & Lopes, M.A.P. (2010) A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14.(1). 39-57.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paice, J.A. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *A Cancer Journal for Clinicians*. 61.157–182.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta. L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2. (1). 1-5.
- Papp, I., Markkanen, M. & Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*. 23. 262 – 268.
- Pathmawathi, S. Beng, T.S., Rosli, R. Sharwend, S. Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16. (4). 552-560.
- Pereira, R.P., Cardoso, M.J., Martins, M.A. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 3. (7). 55-62.
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M.; Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.

- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B. (2003). Nursing and Health Care Management and Policy. What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*. 47. (1). 81-90.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª ed). Loures: Lusociência.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – *Oxford handbook of Palliative Care*. (2ª ed). Oxford. Oxford University Press.
- Wengstrom, Y., Geerling J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*. 18. 127-131.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.
- Zhi, W.I., Smith, T.J. (2015). Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Annals of Palliative Medicine*. 4. (3).122-131.

Apêndice VI – Fluxograma de Critérios de Referência para a Unidade de Dor
Crónica do Centro Hospitalar da pessoa com dor crónica não controlada



Contactos: xxxxxx

Horário de Funcionamento: De 2ª a 6ª Feira das 9h às 16h

Elaborado por: Carla Anjos

Professora Orientadora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Apêndice VII- Reflexão Crítica de uma conferência familiar

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

REFLEXÃO CRÍTICA

Docente:

Professora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora

Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos Nº 88

Lisboa, Novembro de 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. REFLEXÃO CRÍTICA SEGUNDO O CICLO DE GIBBS (1988)	6
2. CONCLUSÃO	13
3. BIBLIOGRAFIA:	15

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal ou não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela (Phaneuf, 2005).

A evolução da tecnologia e da medicina tem levado a um aumento do envelhecimento e das doenças crónicas. Contudo, o aumento da longevidade não significa que se viva melhor. Desta forma, os cuidados paliativos fornecem um contributo fundamental para a melhoria do conforto da pessoa em fim de vida. Griffith, Lyman & Blackhall (2010), citando a Organização Mundial de Saúde (2010) define os cuidados paliativos como "uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".

Porém, esta mudança da perspetiva curativa para os cuidados paliativos tem sido descrita como uma experiência stressante e reconhecida como um momento crítico na vivência da doença oncológica (Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein, 2006).

Trabalhando num serviço de Cirurgia Geral a perspetiva curativa prevalece, porém sendo a população que recorre a este serviço, maioritariamente idosa com patologia oncológica, predomina a recorrência destes doentes quando se encontram em fim de vida, nomeadamente por descontrolo sintomático.

Deparo-me diariamente com a dificuldade dos profissionais aceitarem o final do tratamento curativo e pensarem numa perspetiva paliativa, não aceitando que prosseguir ativamente com o tratamento curativo pode causar mais malefícios que benefícios. De acordo com Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein (2006), esta realidade ocorre por o final do tratamento curativo ser um ponto destinto. Se a abordagem paliativa fosse gradualmente adotada de acordo com a evolução da doença, tal como recomendado, esta transição seria facilitada.

A realização deste ensino clínico no serviço de Cuidados Paliativos do Campo de Estágio II, fez-me ter uma perceção da importância de uma comunicação clara,

honestas, envolvendo o doente e sua família, assumindo objetivos claros e realistas, desmistificando preconceitos, apoiando e proporcionando conforto, conferindo empowerment aos doentes e seus familiares, que tendo acesso a todas as informações têm poder de decisão clara e esclarecida, aumentando consequentemente a sua satisfação quanto aos cuidados prestados. Num estudo realizado por Royak-Schaler et al. (2006), citado por Beckstrand, Collette, Callister & Luthy (2012), explorou a importância da comunicação nos cuidados à pessoa em fim de vida a partir da perspectiva dos familiares, tendo concluído que a satisfação relativamente aos cuidados prestados foi estritamente associado à forma como a família percebe a qualidade da informação entre a equipa de saúde. O estudo revelou que as famílias queriam informações precisas e oportunas para tomarem decisões informadas sobre os cuidados.

Este ensino clínico foi recheado de experiências onde a comunicação e o apoio ao doente e seus familiares foram fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados. Porém, houve um caso em particular que me despertou uma especial atenção, talvez por ter sido uma experiência muito próxima à realidade do serviço onde exerço funções, talvez por ter sido o primeiro caso com que me deparei neste ensino clínico onde houve uma transição da perspectiva curativa para os cuidados paliativos ou talvez pela forma como a equipa multidisciplinar realizou esta transição tão distinta da minha realidade.

Assim, considerei importante realizar uma reflexão crítica sobre esta temática, uma vez que contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, sendo um momento de aprendizagem marcante. Santos e Fernandes (2004) referem que a reflexão envolve a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, pressupondo que a pessoa que reflete mantenha em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças, quer em termos pessoais. Na reflexão é necessária a procura de evidência para apoiar o novo modo de pensar apelando à racionalidade para o fazer, o que aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas, permitindo que o conhecimento e a experiência sejam fundamentados e sustentados por essa mesma prática.

Para que tal fosse possível, irei sustentar esta reflexão no ciclo reflexivo de Gibbs (1988), encontrando-se estruturado em seis etapas, sendo elas a descrição da situação, sentimentos envolvidos, avaliação da experiência, a análise, ou seja, qual o

sentido que podemos retirar da situação, a conclusão pensando no que mais poderia ser realizado e finalmente o planeamento da ação onde deverá ser descrito como futuramente se irá proceder se uma situação semelhante tornasse a suceder (Jonhs, 2009).

1. REFLEXÃO CRÍTICA SEGUNDO O CICLO DE GIBBS (1988)

O caso que vou descrever nesta reflexão crítica, diz respeito a uma experiência próxima das muitas que vivencio diariamente no meu local de trabalho. No dia 02 de Novembro de 2015, encontrando-me a desenvolver o ensino clínico no serviço de cuidados paliativos do campo de estágio II, já muito perto do final do turno recebi uma senhora, transferida do serviço de medicina do mesmo hospital por descontrolo sintomático, vindo acompanhada pelo marido. Esta senhora é uma mulher com 58 anos de idade, com diagnóstico de tumor do ovário e útero desde 2012, com metástases ósseas e pulmonares, consciente e orientada na pessoa, tempo e espaço. Emagrecida, com pele e mucosas descoradas e pouco hidratadas.

Não referia queixas álgicas, porém quando aplicado a ESAS, foi notório que o cansaço, a ansiedade e a depressão foram os principais itens que se encontravam alterados, dando a senhora a estes uma classificação de 8-9. As náuseas, a insônia e a tosse provocam também, grande desconforto à senhora, sendo notório pela sua expressão não-verbal o grande sofrimento que esta vivenciava.

Foi realizado o acolhimento ao serviço e após estes se encontrarem instalados, foi-lhes questionado sobre as informações que lhe tinham sido transmitidas para a transferência de um serviço de medicina para um serviço de cuidados paliativos. A senhora transparecia um semblante triste, cansado. O marido por sua vez tomou a palavra e revelou que o oncologista lhe tinha dito que este seria um serviço onde os sintomas seriam melhor controlados e que tinham uns cateteres “especiais” que seriam colocados à sua esposa para administração de soro uma vez que já tinham tentado puncionar veias periféricas e colocado um cateter totalmente implantado (implantofix), sem sucesso. Referiu ainda, que neste serviço iriam aguardar a decisão terapêutica a ser realizada, uma vez que a senhora tinha uma suspeita de tuberculose peritoneal, os oncologistas decidiriam se iriam incidir o tratamento sobre a tuberculose ou se por outro lado decidiriam iniciar um novo ciclo de quimioterapia.

Como já foi referido, no serviço onde exerço funções muitos são os doentes em que embora não haja uma perspetiva de cura, não lhes é esclarecido o objetivo dos cuidados com clareza e desmistificados mitos, assumindo uma atitude paternalista onde, de acordo com Capra (1981), os profissionais de saúde têm o poder de decisão e da informação.

De acordo com Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013), este facto prende-se com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros se sentirem desconfortáveis para abordar temas como o fim de vida com os doentes e famílias. Este desconforto, os mesmos autores relacionam-no com experiências pobres de comunicação, correlacionada com o sofrimento emocional, angústia e *stress*. Estes obstáculos à comunicação são corroborados por Boyd, Merkh, Rutledge & Randall (2011), referindo ainda que o desejo dos enfermeiros de manter a esperança do doente e família tentando nesta perspetiva protege-los, leva-os a não discutir temas como o final de vida ou sobre cuidados paliativos. Não discutindo estes temas de forma clara, gera uma dificuldade na prestação de cuidados, que não facilita o estabelecimento de uma relação de confiança, a diminuição da ansiedade e a possibilidade de proporcionar conforto ao doente e sua família o que cria uma sensação de abandono nestes.

Estes sentimentos de desconforto, angústia e mesmo frustração são vivenciados no meu dia-a-dia, quando presto cuidados a doentes que julgam que estar num serviço de cirurgia e que isso os irá curar. Em muitos casos, a equipa multidisciplinar nunca releva a informação ao doente e sua família que não existe possibilidade de cura, que a pessoa será referenciada para uma equipa de cuidados paliativos ou qual o objetivo dos cuidados a serem prestados. Muitos são os casos em que os profissionais de saúde optam por não transmitir informação honesta, transmitindo uma esperança errónea de que a cura estará próxima, tentando assim com uma atitude paternalista proteger a pessoa e sua família. Ao deparar-me com esta situação em que nada tinha sido explicado aquela família sobre cuidados paliativos, a sua importância e objetivos, estes sentimentos foram revividos.

O despertar destes sentimentos, prende-se com o facto de pensarmos que só no local onde exercemos funções, é que estas atitudes ocorrem, pois esta é a realidade que conhecemos. Porém quando confrontada com outra, perspetivei que o mesmo se passa noutros serviços, noutros hospitais, existindo as mesmas dificuldades e os mesmos obstáculos.

Após este primeiro impacto com a resposta dada pela família, foram esclarecidos alguns pontos, foi explicado o que era um serviço de cuidados paliativos, desmistificados preconceitos e esclarecidas dúvidas, sendo esta mudança de cuidados com uma finalidade curativa para paliativa amenizada.

Assim, na abordagem a esta senhora e seu marido, foram seguidas as recomendações dadas por Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein (2006), que referem que a transição para os cuidados paliativos deverá ser realizada de forma gradual, enfatizando o conforto, reconhecendo que os objetivos do tratamento irão evoluir da procura de uma cura, para o controlo da doença e das complicações, mantendo o funcionamento físico, o conforto e o controlo sintomático, tendo em consideração aspetos psicológicos, sociais e espirituais das pessoas em fim de vida.

Sendo a família um pilar fundamental de apoio à pessoa em fim de vida, e sendo também recetora dos cuidados paliativos, a abordagem realizada, teve em conta as necessidades desta. De acordo com Neto (2003), o êxito dos cuidados prestados, a satisfação dos doentes e seus familiares depende em grande parte do apoio que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar no processo de doença avançada, tanto aos doentes como às suas famílias, envolvendo-os neste processo, diminuindo assim a sua ansiedade e aumentando o conforto.

Antes desta interação com a família, foi realizada uma recolha de informações, nomeadamente sobre o diagnóstico, prognóstico, tratamentos já realizados, que informações a doente e família já tinham e quais as suas expectativas. Segundo Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein (2006), os enfermeiros devem atender às necessidades de informação das pessoas com doença oncológica e suas famílias, sendo que a grande maioria refere desejar ter o máximo de informação sobre o seu diagnóstico, prognóstico e especialmente sobre as suas opções de tratamento.

Os mesmos autores referem ainda que é importante assegurar que exista um ambiente tranquilo, confortável e privado, com tempo ininterrupto, demonstrando disponibilidade. A presença de uma pessoa significativa, geralmente o cônjuge, tem sido associado a níveis mais baixos de ansiedade. Desta forma, a discussão foi realizada no quarto, promovendo um ambiente tranquilo, onde não existiram interrupções, sendo permitido o questionamento e a expressão de sentimentos.

No decorrer desta conferência familiar, foram dadas informações realistas sobre o prognóstico e opções terapêuticas da senhora. Schofield, Carey, Love, Nehill & Wein (2006), referem que existem evidências limitadas que as pessoas com doença oncológica avançada tendem a subestimar a extensão da sua doença, sendo excessivamente otimistas quanto ao seu prognóstico. Esta evidência, segundo os mesmos autores, pode ser o resultado de uma comunicação inadequada entre os

profissionais de saúde e as pessoas em fim de vida, levando-os a solicitar tratamentos curativos fúteis e a aceitar com mais dificuldade a abordagem paliativa. Assim, é fundamental fornecer informações verdadeiras, tendo sido demonstrado que o fornecimento de informações relativas ao prognóstico e aos cuidados paliativos não está associado ao aumento da ansiedade do doente ou da sua família.

Desta forma, após o fornecimento desta informação, a senhora e o seu marido referiram que tinham conhecimento que a doença se encontrava num estado avançado e que quando chegaram ao serviço e leram a placa que assinalava “Cuidados Paliativos”, se aperceberam qual seria o objetivo dos cuidados, tendo um enfoque nas medidas de conforto e não em tratamentos dolorosos fúteis, dando-lhes oportunidade de tomar decisões e de organizarem as suas vidas. Após o esclarecimento de dúvidas, agradeceram a informação honesta e a disponibilidade para ir de encontro às suas necessidades.

Segundo Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013), os enfermeiros podem responder às questões do doente e sua família, dando informações sobre a doença, sobre a morte e sobre o papel da família. Através da comunicação verbal e não-verbal, os enfermeiros podem apoiar, confortar e reduzir a incerteza (Phaneuf, 2005). A comunicação com esta senhora e seu marido foi essencial para estabelecer com eles uma relação de confiança, onde puderam expressar as suas angústias e verem-lhes respondidas dúvidas sobre as suas opções terapêuticas que provavelmente eles próprios teriam medo de questionar.

No final desta conferência, foi estimulada a expressão das emoções, tendo o marido, que até então apresentava uma atitude austera, chorado e agradecido o apoio, a honestidade e a disponibilidade, ficando posteriormente mais calmo e sendo-lhe mais facilitador permanecer com a sua esposa. Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013) referem que ao facilitar ao doente e sua família a expressão de emoções, os enfermeiros testemunham o sofrimento, honram a voz do doente e da família, através da escuta ativa e de mensagens centradas na pessoa reconhecendo e legitimando sentimentos.

Esta experiência enriqueceu-me enquanto enfermeira e como pessoa. Na minha experiência profissional, o doente e sua família esperam informação honesta, realista e adaptada sobre a sua doença, opções terapêuticas e recursos de apoio. Procuram ainda, disponibilidade e apoio emocional, existindo respeito pelas suas

crenças, valores culturais e espirituais. Pretendem certificar-se que são prestados os melhores cuidados e que haja espaço para a expressão de sentimentos.

Estas são as principais necessidades que os doentes e famílias expressam e que muitas vezes no dia-a-dia não vamos tendo disponibilidade, muitas vezes por medo de falar de temas como final de vida ou cuidados paliativos.

Muitos destes problemas poderão ser resolvidos se houver a garantia de que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros adquiram aptidões que lhes permitam dar apoio aos doentes e famílias que têm ao seu cargo, esforçando-se para corresponder às expectativas e necessidades dos mesmos. Boyd, Merkh, Rutledge & Randall (2011) referem que os enfermeiros estão na posição ideal para assumir um papel fundamental nestas conferências familiares, sendo eles os profissionais que mais tempo passam com os doentes conhecendo as suas necessidades.

A conferência familiar poderá ser utilizada para clarificar objetivos, reforçar a resolução de problemas, prestar apoio e aconselhamento (Neto, 2003). Na situação que aqui foi relatada, tive a oportunidade de experienciar como foi realizada a permutação dos cuidados curativos para os cuidados paliativos, respondendo às necessidades da senhora e do seu marido, com honestidade e assegurando que ao contrario das ideias pré-concebidas de que já não há mais nada a fazer, agora há tudo a fazer para garantir o maior conforto possível, estando a equipa multidisciplinar presente para assegurar a qualidade dos cuidados.

Kolcaba (2003) refere que existem intervenções de enfermagem destinadas a aliviar a ansiedade, dar segurança e informação, alimentar a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível, consistindo numa escuta ativa, no toque e em reforços positivos. A conferência familiar, com uma comunicação eficaz poderá facilitar a transição dos cuidados curativos para os paliativos dando resposta às reais necessidades do doente e sua família, constituindo-se assim uma medida de conforto definida por Kolcaba e aplicada neste caso em particular.

A partir desta reflexão foi possível perceber que o modelo biomédico continua ainda muito valorizado, onde de acordo com Pearson & Vaughan (1992) são priorizadas as rotinas e as atividades estandardizadas, e o doente é visto como um ser biológico, onde os seus componentes devem estar em harmonia e equilíbrio para estar saudável e as perturbações nesse equilíbrio conduzem à doença. O facto deste

modelo ser tão valorizado, promove que a abordagem de temas como o final de vida ou cuidados paliativos sejam tão desconfortáveis e por isso se tenta fugir dele. Nesta situação em particular foi visível a sua valorização, quando esta senhora e o seu marido foram informados que a transferência para um serviço de cuidados paliativos, se devia ao facto de existirem uns cateteres “especiais” para hidratar a senhora, ficando aí a aguardar decisão terapêutica dirigida à tuberculose peritoneal ou iniciar quimioterapia.

Porém, a fundamentação teórica da enfermagem é intrinsecamente holística, não devendo o doente ser visto de uma forma unidimensional, mas sim como um ser total, com crenças, valores, cultura, família, possuindo uma história de vida e um futuro que influencia a forma como olha para a doença, sendo mais do que a soma das suas partes (Papathanasiou, Sklavou & Kourkout, 2013). Para que tal ocorresse foi criado um ambiente tranquilo, seguro, onde foram discutidos temas como o diagnóstico, prognóstico e objetivos dos cuidados paliativos. A senhora e o seu marido foram ouvidos, tendo em atenção os seus receios, as suas dúvidas, criando-se um espaço para que as emoções fossem expressas, respeitando os seus tempos, os seus silêncios.

Só tendo um conhecimento do doente e da sua família é possível ir ao encontro das necessidades destes, aumentando tanto a satisfação do doente como do enfermeiro melhorando a qualidade dos cuidados. McCormack (2003) refere que enfermeiro deverá abandonar o modelo biomédico, baseado apenas nas competências técnicas e na cura, para uma abordagem holística, onde a interação com o doente é baseada na confiança, compreensão e partilha de conhecimento, tendo em conta crenças e valores dos mesmos, algo que os cuidados de rotina não conseguem proporcionar.

Com esta experiência, os sentimentos de angústia, frustração e desconforto inicial, transformaram-se em confiança, tranquilidade, desenvolvendo-se uma empatia com aquele casal, contribuindo assim para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Foram assim, adquiridas competências que vão de encontro ao Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011), referindo que este deverá cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os

contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar conforto e qualidade de vida. Desta forma, foram identificadas necessidades da senhora em ter mais conhecimentos sobre a situação de forma a poder tomar decisões conscientes, realizando intervenções junto dela e do seu marido com o objetivo de responder às necessidades de ambos envolvendo assim a família nos cuidados, otimizando os resultados na satisfação das necessidades. Por outro lado, de acordo com o mesmo regulamento o enfermeiro deverá estabelecer uma relação terapêutica com pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste caso particular, foram promovidas parcerias terapêuticas com a senhora e o seu marido, negociando objetivos mutuamente acordados dentro do ambiente terapêutico. Foi ainda adquirida a competência emanada pela European Oncology Nursing Society (2013) de utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente a assertividade, gerindo sentimentos e estabelecendo uma relação terapêutica.

Sendo esta uma experiência enriquecedora, penso ter contribuído para futuramente desenvolver uma comunicação que reduza as incertezas dos doentes e suas famílias, que melhore o relacionamento entre estes e a equipa de saúde, desenvolvendo consequentemente uma relação de confiança que proporcione um trabalho em equipa em que o doente e família fazem parte ativamente.

2. CONCLUSÃO

Através desta reflexão foi possível perceber que a mudança dos cuidados curativos para os paliativos, continua a ser algo visto com grande desconforto e até mesmo como uma frustração por parte dos profissionais de saúde, sendo muitas vezes sentido como uma derrota na luta contra a doença. Muitos profissionais, tal como referido por Barbosa e Neto (2010), têm receio de gerar ansiedade e destruir a esperança dos doentes e seus familiares.

Esta dificuldade em comunicar, prende-se com a pouca formação e a falta de conhecimentos sobre muitas práticas de cuidados paliativos que dão resposta às necessidades dos doentes e seus familiares (Moir, Roberts, Martz, Perry & Tivis, 2015, e Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011). Assim, foi importante esta e outras experiências que tive oportunidade de vivenciar neste ensino clínico, desenvolvendo competências comunicacionais e relacionais que melhoram a minha prestação de cuidados centrada no doente.

A conferência familiar constitui-se, tal como referido por Neto (2003), um instrumento de trabalho útil para apoiar o doente e família maximizando o sucesso das intervenções, tendo neste caso sido utilizado para clarificar objetivos, reforçar a resolução de problemas, prestar apoio e aconselhamento.

Esta experiência vai de encontro ao definido pelo Código Deontológico de Enfermagem, onde é consagrado ao enfermeiro, no artigo 84º, o dever de informar. Tendo em conta a autodeterminação este deve informar o doente e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou a explicação feito pelo doente relativamente aos cuidados de enfermagem e informar sobre os recursos a que este pode ter acesso, bem como a forma de os obter. Neste caso em particular foi respeitado o dever de informar a doente e o seu marido sobre o que era cuidados paliativos, os seus objetivos, dando-lhes espaço para realizarem questões reduzindo-lhes a incerteza e assim criando-se uma relação de confiança.

O desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos que esta experiência me proporcionou, irá ser fundamental para que em próximas experiências esta evolução para os cuidados paliativos seja realizada estando eu mais tranquila e também consiga proporcionar maior tranquilidade ao doente e sua família, uma vez que tal como referido por Boyd, Merkh, Rutledge & Randall (2011) estas discussões

serão importantes para decisões posteriores como opções de cuidados, aumentado o conforto do doente e dos familiares.

Assim para finalizar esta reflexão deixo uma frase de Rebecca Bebb, que me fez sentido na realização deste trabalho.

“A comunicação é parte do tratamento do doente e conversar com ele, muitas vezes é o próprio remédio”
(Rebecca Bebb)

3. BIBLIOGRAFIA:

- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Beckstrand, R.L., Collette, J., Callister, L. & Luthy, K.E. (2012). Oncology Nurses' Obstacles and Supportive Behaviors in End-of-Life Care: Providing Vital Family Care. *Oncology Nursing Forum*. 39.(5). 398-406.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursing Forum*. 38. (3). 229-239.
- Capra, F. (1982) *O ponto de mutação* (A. Cabral, Trad.). Digital Source.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=\). Acedido a 10 de Novembro de 2015.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17. (2). 163-167.
- Griffith, J., Lyman, J.A. & Blackhall, L. J. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14. (2). 171-175.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. (3ª ed). United Kingdom: Wiley-Blackwell, 1-49.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 9, 202-209.
- Moir, C., Roberts, R., Martz, K., Perry, J. & Tivis, L. (2015). Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 21. (3). 109-112.
- Neto, I.G. (2003). A Conferencia familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 19. 68-74.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta. L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2. (1). 1-5.
- Person, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing
Rebelo, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*. 1. (0). 3-4.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Santos, F.S. (2009). *Cuidados Paliativos – Discutindo a Vida, a morte e o morrer*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 11, 59-62.
- Schofield, P., Carey, M., Love, A., Nehill, C. & Wein, S. (2006). 'Would you like to talk about your future treatment options?' discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative Medicine*. 20. 397-406.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ªEd. Lisboa. Climepsi Editores.

Apêndice VIII- Reflexão Crítica do impacto da dor numa pessoa com doença oncológica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

REFLEXÃO CRÍTICA

Docente:

Professora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos N° 88

Lisboa, Outubro de 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. REFLEXÃO CRÍTICA SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS (1988)	6
2. CONCLUSÃO	13
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	15

INTRODUÇÃO

A dor segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2008) citando a Associação Internacional para o Estudo da Dor, é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”.

Apesar dos avanços da medicina, mais de 570.000 pessoas morrem em cada ano de cancro e mais de 70% terá a dor como um sintoma no final da vida (Paice, 2011). Este é o sintoma mais prevalente e temido pelas pessoas com doença oncológica, sendo que altos níveis de dor diminuem a qualidade de vida destes e interferem fortemente com as atividades de vida diárias. O alívio da dor é considerada viável em 71 -86% dos casos, porém, esta continua a ser subtratada, variando o seu tratamento inadequado entre 31-65% dos doentes (Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels, 2014).

No serviço de Cirurgia Geral, onde exerço funções, verificam-se grandes dificuldades no controlo da dor, relacionadas com uma avaliação incompleta da mesma, valorizando a sua intensidade mas não avaliando ou registando os restantes fatores que contribuem para uma avaliação completa desta. De acordo com Fielding, Sanford, Davis (2013), o enfermeiro tem um papel fundamental no controlo da dor da pessoa com doença oncológica, salientando a exigência da avaliação e do registo da dor, considerando as características da mesma, como o local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de alívio e agravamento, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido, do estabelecimento do fluxo das ações a serem realizadas e da gestão de possíveis efeitos secundários, bem como o seu impacto na função e bem-estar da pessoa, assim como o significado atribuído pela mesma. Para além da dificuldade relacionada com a avaliação, verifica-se também a não utilização correta da medicação, existindo ainda medos e mitos por parte dos profissionais relacionados por exemplo com a utilização dos opióides. Estas dificuldades levam a que grande parte das pessoas com doença oncológica aí internadas vivenciem a dor durante grande parte do seu dia, comprometendo desta forma o seu conforto.

Estando a realizar o meu primeiro ensino clínico na Clínica da Dor, situada numa instituição hospitalar especializada na doença oncológica, de referência em

Portugal, tive a oportunidade de me deparar com muitas pessoas em que a dor é uma constante na sua vida, tendo por vezes grande intensidade, com consequentes implicações não só do ponto de vista físico, mas envolvendo todas as restantes vertentes, como a psicológica, a social, ambiental e espiritual.

Estas experiências foram essenciais para me fazer refletir sobre a importância da avaliação completa da dor, desenvolvendo-se a partir desta uma apropriada estratégia de tratamento, bem como a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, tendo em conta a individualidade do doente melhorando desta forma o seu conforto. Tive experiências que me permitiram compreender que neste local de estágio, não foi seguida a abordagem do tratamento da dor baseando o mesmo apenas na diminuição da sua intensidade, como habitualmente ocorre no meu local de trabalho, mas tendo uma consciencialização que a dor oncológica é de natureza multifatorial, descrita por Cicely Saunders como “dor total”, enfatizando que esta advém de múltiplos fatores e causa significativo impacto em todos os domínios da vida, piorando o conforto da pessoa com doença oncológica (Pimenta & Ferreira, 2006).

O caso que vou descrever diz respeito a um senhor com doença oncológica, com descontrolo do quadro algico, tendo este um profundo impacto a nível físico, psicológico, social e espiritual. Para que fosse possível aliviar este sintoma, foi desenvolvido um trabalho em equipa multidisciplinar, abordando todas as vertentes que pudessem influenciar a vivência dolorosa, tentando assim proporcionar um maior conforto a este senhor.

Desta forma, considerei importante realizar uma reflexão crítica, sobre esta temática uma vez que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, ajudando-me a articular as recomendações descritas pela literatura, aplicando-as à prática vivenciada e contribuindo para melhorar o conforto do senhor alvo dos meus cuidados.

De acordo com Santos & Fernandes (2004), existem várias definições de prática reflexiva, sendo este um conceito importante para a capacitação de estudantes e de profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Jonhs (2004) descreve reflexão como ser consciente de si mesmo, seja dentro ou após a experiência, de forma a enfrentar, compreender e agir em direção à resolução de uma situação significativa da prática.

De forma a espelhar esta experiência, os sentimentos que suscitaram, as dificuldades e as aprendizagens que daí resultaram e o que mais poderia ser realizado, irei apoiar a minha reflexão no ciclo reflexivo de Gibbs (1988). Este ciclo leva a reflexão através de seis etapas, dando ênfase aos sentimentos, uma vez que a maioria das reflexões são desencadeadas por sentimentos e a decisão é influenciada por sentimentos. Estas etapas levam o estudante a refletir sobre o que foi positivo e negativo, fazendo com que este considere a sua forma normal de pensar e responder dentro de uma situação para ganhar *insights* sobre si mesmo e sobre a sua prática (Jonhs, 2009).

1. REFLEXÃO CRÍTICA SEGUNDO O CICLO REFLEXIVO DE GIBBS (1988)

O caso sobre o qual recai esta reflexão diz respeito ao senhor J. de 53 anos de idade, casado, com dois filhos residente em Leiria, com diagnóstico de carcinoma do pavimento celular do esófago em Abril de 2015. Este senhor é encaminhado para a Clínica da Dor do local de ensino clínico I por descontrolo do quadro álgico a nível retrosternal com agravamento à deglutição.

Durante a consulta é possível perceber que este senhor apresenta queixas à mais de um ano, surgindo esta dor à deglutição mesmo com a saliva. A alimentação é a causa fundamental da dor, o que o leva a por vezes não se alimentar, tendo uma perda ponderal de cerca de 20Kg.

O senhor J. sente dificuldades em caracterizar a sua dor, porém refere uma dor a nível do apêndice xifoide com irradiação infra-costal à esquerda, tipo moinha, que exacerba com a alimentação, principalmente com alimentos sólidos, quente ou frios. Encontra-se medicado com Fentanilo transdérmico 12,5mcg/h que muda de 3 em 3 dias, Oramorph 4 gotas antes das refeições e Metamizol de magnésio 525mg per os como medicação de resgate, referindo o senhor alívio com a realização desta medicação.

Com o decorrer da consulta e com a aplicação do Inventário Resumido da Dor, procurando perceber como esta interfere com a sua vida numa escala de 0 a 10 em que 0 “não interferiu” e 10 “interferiu completamente”, foi possível entender que a dor interfere de forma acentuada em grande parte dos aspetos avaliados.

O senhor J. descreve que esta dor interferiu completamente na sua atividade geral, atribuindo-lhe 10. Refere, que não sente prazer ou interesse em realizar atividades, sendo pouco ativo no seu dia-a-dia, mantendo-se essencialmente na cama o que contrasta, segundo o mesmo com o estilo de vida anterior. Quanto à disposição o senhor atribui um 4 referindo que embora a dor tenha interferido com este aspeto, ainda gosta de estar com a sua família e amigos, tendo ainda vontade de sair de casa e ir visitar os filhos e os netos. A nível do trabalho normal o senhor confere um 10 e um 8 relativamente às relações com outras pessoas, afirmando que devido ao seu diagnóstico e principalmente à dor que sente, o impede de exercer a sua profissão como pedreiro. Consegue realizar algumas tarefas domésticas, contudo necessita de realizar várias pausas devido à exacerbação da dor. A presença da dor na sua vida influencia a relação com os outros, afirmando que embora goste de estar com outras

peessoas principalmente a sua família, sente menos paciência, destacando-se uma tendência para o isolamento. A alimentação é o fator desencadeante de dor, referindo o senhor J. que este é o principal impacto da doença na sua vida. Assim, quando avaliado o item prazer de viver, é perceptível que este também se encontra alterado, tendo atribuído 8 a este aspeto, mencionando falta de interesse em tudo, mantendo-se mais isolado e triste.

Quanto à capacidade de andar a pé, ao sono, repouso e eliminação, a dor não interferiu, atribuindo 0 a estes aspetos.

No decorrer desta consulta, vários foram os sentimentos que em mim se desenvolveram. Por um lado, a percepção de me encontrar num local onde tinha a oportunidade de observar na prática o que era descrito na literatura e como as medidas de conforto eram implementadas de acordo com o que a evidência científica recomenda. Desta forma, foi-me proporcionado relacionar a teoria com a prática o que levou a um entusiasmo podendo adquirir e aprofundar conhecimentos.

Por outro lado, surgiu também um sentimento de inquietação por me encontrar numa realidade díspar da minha, uma vez que no contexto de internamento de cirurgia, onde exerço funções, muitos são os doentes oncológicos com dor, podendo as suas necessidades serem avaliadas e as medidas de conforto implementadas 24 horas por dia. Porém neste contexto de consulta onde não existe este acompanhamento contínuo, existe uma organização que permite avaliar na globalidade as necessidades da pessoa com dor e da sua família de forma a dar uma resposta adequada.

Para que tal fosse possível contribui o desenvolvimento de um trabalho em equipa multidisciplinar que avalia e implementa intervenções tendo em conta todas as várias vertentes do doente e dirigidas à sua individualidade. A Organização Mundial de Saúde (2002) refere que os cuidados de saúde devem ser realizados de uma forma holística, sendo o doente e a sua família abordados por uma equipa multidisciplinar. Cada membro desta equipa tem um papel importante a desempenhar na implementação de medidas de conforto centradas no doente (Strong et al, 2012). Juntamente com a experiência de gestão de sintomas e apoio psicológico, os enfermeiros são capazes de facilitar intervenções, quando necessário, através de assistência prática, aconselhamento e implementação de cuidados individualizados (Bartley, Webb, Bayly, 2015).

Por sua vez a Direção Geral de Saúde (2001), preconiza a avaliação de doentes por equipas diferenciadas e competentes na área da dor, tendo o enfermeiro a responsabilidade de ser um mediador entre doente e a sua família/cuidador principal e o médico, garantindo a continuidade dos cuidados e consequentemente diminuir a prevalência da dor crónica moderada a forte, aumentar a adesão dos doentes à terapêutica e melhorar a sua qualidade de vida, reduzindo os mitos e preconceitos associados aos opióides.

Desta forma, o sentimento de uma possível dificuldade, por estes cuidados não serem contínuos desvaneceu-se ao observar e analisar a prática realizada nesta clínica. Neste local de ensino clínico pude presenciar que o doente e sua família/cuidador principal têm uma resposta imediata, adequada e individualizada, sendo o seu seguimento agendado de acordo com o quadro álgico e a sua situação clínica. Se surgir alguma dúvida ou alguma alteração do quadro álgico, o doente tem ainda a possibilidade de ter um contacto telefónico, disponível de acordo com o horário de funcionamento da clínica, direto à equipa de enfermagem que realiza a avaliação do mesmo, articula com a equipa médica e fornece resposta imediata e adequada para um mais adequado controlo álgico e uma efetiva continuidade dos cuidados.

Segundo Martins & Lopes (2010), citando Hagan, Morin e Lépine (2000), Gardner et al. (2001) e Bohnenkamp, Lopez e Blackett (2004), os principais benefícios do uso do telefone são a acessibilidade à informação e respetivas soluções, a possibilidade de evitar deslocações, facilitando o acesso dos doentes à opinião de enfermeiras peritas. Esta possibilidade de contactar telefonicamente, sendo a sua chamada recebida por enfermeiros que podem gerir dúvidas e dificuldades sentidas pelo doente e sua família leva a que suscite um sentimento de confiança e de alívio da ansiedade, aumentando assim o conforto. Esta foi uma prática que pude perceber ao longo deste ensino clínico.

Analisando o caso do senhor J. a dor teve grande impacto na sua vida, interferindo a nível físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental como é perceptível pelo acima descrito, ou seja, a dor interferiu nos quatro contextos da experiência holística do conforto descrita por Kolcaba (2003).

O senhor chega a referir “esta dor lixou-me tudo” (SIC), deixando transparecer que para além do sofrimento causado pelo diagnóstico de uma doença oncológica, o grande impacto que esta teve sobre a sua vida, foi a dor que afetou o seu prazer de

viver, de estar com outros, de puder trabalhar ou realizar tarefas domésticas sem que a exacerbação da mesma o fizesse parar. O prazer que o senhor J. sentia de estar à mesa e partilhar as refeições com a família, era agora substituído pela angústia de ter de se alimentar, uma vez que a deglutição era o fator desencadeante da dor. Segundo Chapman (2012), a dor crónica associada à doença oncológica pode ser implacável e tem um efeito significativo sobre todos os aspetos da vida da pessoa, incluindo atividades físicas diárias, humor, relações sexuais e sociais, padrões de sono, cognição e crenças existenciais.

Tendo em conta as implicações deste sintoma na vida do senhor, a simples avaliação da sua intensidade não era suficiente, tal como é realizado com grande incidência no local onde exerço funções. É necessária uma completa avaliação da dor, uma vez que de acordo com Besse, Vernooij-Dassen, Vissers & Engels (2014), a sua avaliação eficaz é um fator chave para o seu adequado tratamento. Por sua vez Fielding, Sanford, Davis (2013) referem que uma avaliação holística é a base de qualquer plano de cuidados para abordar o amplo impacto da dor relacionado com o cancro.

Neste sentido, foi utilizado o Breve Inventário da Dor, um instrumento multidimensional que avalia as dimensões sensitivas (tipo, duração, entre outras), emocional-afetiva como por exemplo o medo e a tensão associada a dor e a cognitiva-avaliativa como a interpretação que a pessoa faz da sua dor tendo em conta as experiências anteriores de dor, doença atual, sintomas associados (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002, e Azevedo et al, 2007). Através da aplicação deste instrumento, foi perceptível que as medidas de conforto não poderiam ser apenas dirigidas à vertente física, sendo o seu sofrimento implícito, estando presente o conceito definido por Cicely Saunders (1996), de “dor total” (Barbosa & Neto).

Assim, no que diz respeito à dor física, associada ao sintoma, aos tratamentos, efeitos adversos e a debilitação, o senhor J. apresenta uma dor retroesternal com agravamento à deglutição, o que o leva a evitar alimentar-se, tendo uma perda ponderal de 20Kg. Quando à dor psicológica encontra-se relacionada com sentimentos de raiva por ter sido fumador e ser este um fator de risco para o desenvolvimento desta doença, de injustiça por ser este o seu único antecedente, nunca tendo outros hábitos de vida que pusessem em causa a sua saúde, tendo uma alimentação equilibrada, a horas regulares, praticando exercício físico, não ingerindo

bebidas alcoólicas, medo pela incerteza quando ao futuro e impotência levando a que este sentisse uma perda de interesse ou prazer em realizar atividades como sair de casa, ou estar com a sua família ou com os seus amigos.

Por sua vez a dor social liga-se à perda ou alteração do papel social, familiar com repercussões financeiras. Devido ao seu diagnóstico e à dor que sentia e que agrava com a realização de atividades, o senhor J. ficou impedido de realizar a sua atividade profissional, como pedreiro. Este impedimento teve repercussões a nível financeiro, sendo agora a sua esposa a sustentar a família, contribuindo o senhor apenas com o que recebe da sua baixa, sendo um valor mais baixo que o habitual, tendo mais despesas para fazer face à sua situação clínica. Para além disso, o senhor J. sempre foi considerado o chefe de família, vendo este papel agora alterado por se encontrar em casa, sendo as decisões deixadas para a sua esposa.

Quanto à dor espiritual relacionada com o sentido atribuído à vida, à culpa, ao arrependimento e a religiosidade, o senhor J. refere sentir-se culpado por ter uma doença que afeta toda a sua família. O senhor afirma ter uma família muito coesa, tendo uma forte ligação com a sua esposa, referindo-se a ela como “o meu mundo” (SIC), e aos seus filhos e netos, tendo algum remorso de os preocupar, de fazer com que estes se desloquem de Leiria a Lisboa para o puderem acompanhar, bem como o facto de não sentir tanta paciência para desfrutar da sua companhia. Menciona ainda que se encontra zangado com Deus, por não entender o porquê de lhe dar esta provação. O senhor J. é católico, não praticante, refere que sempre foi um homem de fé e que não encontra nenhum pecado tão grande que justificasse este castigo.

Tendo em conta este conceito de “dor total” e verificando todas as implicações que esta tem sobre a vida da pessoa, dei-me conta de quão essencial é a avaliação da dor de forma completa a fim de conseguir atender às necessidades da pessoa na sua individualidade. Segundo Chapman (2012), os enfermeiros necessitam de reconhecer os fatores que podem afetar a experiência da dor do doente, como a ansiedade e o significado dado à dor, uma vez que esta pode lembrar o facto de ser um doente oncológico ou indicar a progressão da doença, podendo a angústia psicossocial e espiritual influenciar a experiência da dor física.

O mesmo autor refere ainda que a abordagem da equipa multidisciplinar é essencial para a criação de uma relação terapêutica com o doente, para que seja possível uma gestão eficaz da dor. Por sua vez, os enfermeiros necessitam de estar

disponíveis para os doentes, ouvindo-os e criando um ambiente onde haja oportunidade para a discussão, devendo os cuidados serem centrados no doente, sendo este encorajado a participar nas decisões (Chapman, 2012).

Esta foi uma experiência que vivenciei e me marcou enquanto pessoa e profissional, uma vez que a dor se encontrava bem presente afetando todas as vertentes o senhor J. e a equipa multidisciplinar articulou-se no sentido de desenvolver uma abordagem holística, tentando dar resposta às necessidades que o senhor relatava.

Para além de ser ajustado um plano terapêutico para dar resposta ao quadro álgico, foram desenvolvidas medidas não farmacológicas, tentando desta forma promover o conforto do senhor J.

Ao longo desta consulta foi uma constante a escuta ativa para a melhor compreensão do impacto da dor na vida do senhor J. De acordo com Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila (2012) é imprescindível que os enfermeiros estejam disponíveis para os doentes, validando os seus sintomas, ouvindo-os e fornecendo uma oportunidade para discussão.

Durante a prescrição terapêutica realizada pela médica, a enfermeira realizou o ensino sobre todos os fármacos, como estes poderiam ser administrados e qual o seu horário, tendo sido entregue um plano de cuidados que de acordo com Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba (2013) ajudam a pessoa a se sentir mais no controlo da sua doença, diminuindo o sentimento de impotência. O toque terapêutico foi outra medida aplicada, sendo recomendada uma vez que proporciona conforto ao doente, promove o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, relaxa, diminui a ansiedade e controla a dor, entre outros sintomas desconfortáveis (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012 e Paice & Ferrell, 2011).

Foi ainda realizada uma articulação com a assistente social e a psicóloga, tentando dar resposta a dor social e psicológica que o senhor referia. Esta articulação poderá ser uma mais-valia para a integração de intervenções psicossociais que capacitem a pessoa e os seus cuidadores a lidarem com a dor (Paice & Ferrell, 2011).

Estas medidas não farmacológicas favorecem a sensação da pessoa assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores diminuindo significativamente a sensação de impotência. Assim foi dada a possibilidade do senhor J. e a sua esposa de estarem envolvidos no controlo da dor, potencializando desta forma as intervenções

farmacológicas propostas, podendo contribuir para a redução da intensidade da dor, das suas exacerbações e da ansiedade, promovendo o aumento do conforto (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012 e Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014).

Esta foi uma das várias experiências que tive o privilégio de contactar e verificar que o trabalho em equipa multidisciplinar é real e o enfermeiro tem o papel fundamental de articular todas as valências, bem como ser o gestor de caso, desenvolvendo-se assim uma confiança nas decisões tomadas tendo em atenção todas as necessidades do doente.

Assim, posso concluir que esta experiência fez-me refletir sobre a complexidade da implementação de medidas de conforto a uma pessoa com doença oncológica com dor, sendo que são fundamentais intervenções multidimensionais para dar resposta às necessidades destas pessoas. Benner (2001) refere que o enfermeiro evolui gradualmente quando o conhecimento teórico é confrontado com a prática e esta experiência o leva a compreender cada situação intuitivamente. Esta experiência proporcionou-me um crescimento a nível pessoal e profissional e no desenvolvimento de competências que creio puder transportar para o local onde exerço funções.

Kolcaba (2009) refere que o conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental). Sendo a enfermagem a avaliação das necessidades de conforto dos doentes, a conceção de medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reavaliação dos níveis de conforto depois da implementação dessas medidas (Kolcaba, 2003). Com a reflexão realizada foi possível compreender que o conforto do senhor J. foi tido em conta em todos os seus tipos e em todos os seus contextos de experiência, o que levou a um aumento da satisfação e da confiança tanto do senhor J. como da equipa multidisciplinar.

Num futuro próximo, espero implementar no meu contexto de trabalho medidas que possam proporcionar conforto à pessoa com doença oncológica com dor tendo em conta a sua individualidade. Para que tal seja possível, pretendo adquirir e aprofundar conhecimentos de forma a desenvolver competências de perito que levam à prestação de cuidados especializados (Benner, 2001).

2. CONCLUSÃO

A reflexão sobre a prática tem como objetivo aumentar a confiança de cada estudante/profissional no seu desempenho e abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático, obtendo conhecimentos adicionais através da prática (Santos & Fernandes, 2004).

Assim, considerando esta experiência vivenciada no, Local de Ensino Clínico I fez-me refletir sobre a importância do enfermeiro no controlo da dor da pessoa com doença oncológica, sendo este o gestor do caso mediador de todas as vertentes, tendo um papel essencial na equipa multidisciplinar.

Sem a correta e completa avaliação da dor realizada pelo enfermeiro, seria impossível ao médico implementar um plano terapêutico eficaz, seria impossível avaliar o peso psicológico e social que a dor tem sobre aquele senhor e seria impossível dar uma resposta tendo em conta as necessidades do doente. Segundo Pimenta & Ferreira (2006) a sistematização da avaliação e registo dos dados é fundamental para a deteção da dor. Se esta não for identificada e descrita não pode ser tratada. Os dados de avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e a avaliação dos tratamentos prescritos. Rodrigues & Zago (2006) realçam o papel do enfermeiro salientando a exigência da avaliação e do registo da dor, considerando as características da mesma, como o local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de alívio e agravamento, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido e gerência dos possíveis efeitos secundários.

A Ordem dos Enfermeiros (2008) realça que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, sendo por essa razão que a Direção Geral de Saúde (2008) a instituiu como o 5º sinal vital, devendo a dor ser uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo decisivo para a indispensável humanização dos mesmos. É assim, uma boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, uma vez que só com a monitorização regular da mesma em todas as suas vertentes é possível obter sucesso na estratégia terapêutica. Este registo deve constar na folha de registo de sinais vitais, com um espaço próprio, sendo que à semelhança dos restantes sinais vitais a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua avaliação.

Esta foi assim uma experiência enriquecedora que permitiu uma articulação entre os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do meu percurso profissional e académico, levando ao meu crescimento pessoal e profissional. Com este conhecimento adquirido, pretendo transportá-lo para o serviço onde exerço funções, implementando nestas medidas centradas no doente aumentando a sua satisfação face aos cuidados prestados e concomitantemente a satisfação dos profissionais de saúde, indo de encontro ao referido por McCormack B. (2006), onde dirigir o cuidado à individualidade de cada doente, tende a ser positivo, com a satisfação tanto do doente como dos profissionais, desenvolvendo-se uma sensação de bem-estar e de confiança, estabelecendo-se um ambiente terapêutico onde a tomada de decisão é partilhada.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bartley, C., Webb, J., & Bayly, J. (2015). Multidisciplinary approaches to moving and handling for formal and informal carers in community palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*. 21. (1). 17-23.
- Benner, P (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.
- Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Fielding, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (12), 584-591.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom: Wiley-Blackwell, 1-49.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Krupat, E., Sprague, J.M., Wolpaw D., Haidet, P., Hatem, D. & O'Brien, B. (2011). Thinking critically about critical thinking: ability, disposition or both?. *Medical Education*. 45, 625-635.
- Martins, M. & Lopes, M.A.P. (2010) A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14.(1). 39-57.
- McCormack, B., McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (5), 472-479.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Paice, J.A. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *A Cancer Journal for Clinicians*. 61.157–182.
- Pimenta, C.A.M. & Ferreira, K.A.S.L. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole.
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*. 11, 59-62.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.

Apêndice IX- Estudo de Caso de uma situação de descontrolo do quadro álgico

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

ESTUDO DE SITUAÇÃO

Docente:

Professora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos N° 88

Lisboa, Outubro de 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DADOS DEMOGRÁFICOS	5
2. HISTÓRIA DE SAÚDE	5
2.1 Antecedentes pessoais e de saúde	5
2.2. Antecedentes familiares	5
2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida	6
2.4. História de saúde atual	8
4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA	9
5. GESTÃO DA SITUAÇÃO	10
5.1. Breve descrição da teoria do conforto de Katharine Kolcaba	10
5.2. Gestão situacional tendo em conta a Teoria do Conforto	11
6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS	21
7. CONCLUSÃO	23
8. BIBLIOGRAFIA	24
9. ANEXO	

Anexo I- Graffar adaptado

Anexo II – Genograma

Anexo III- Ecomapa

Anexo IV – FOIS versão portuguesa

Anexo V – Escala de Braden

Anexo VI – Escala de Morse

Anexo VII – Índice de Barthel

Anexo VIII- Inventário Resumido da Dor

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi realizado o primeiro Ensino Clínico na Consulta de Dor do Local de Estágio I, no período de 28 de Setembro a 23 de Outubro de 2015. No decorrer deste, foi proporcionada a oportunidade de interagir com o senhor M., um doente com diagnóstico de carcinoma do pavimento celular da amígdala com extensão ao sulco glosso amigdalino e pavimento da língua à direita, que foi referenciado à Consulta de Dor por descompensação do quadro álgico. Após lhe ter sido referido que era aluna de mestrado de enfermagem e que gostaria de analisar a sua situação, no âmbito desta unidade curricular tendo-lhe garantido o anonimato, o senhor gentilmente deu o seu consentimento.

A colheita de dados permite-nos conhecer a pessoa, conhecer os seus problemas e realizar diagnósticos de enfermagem, determinando as suas necessidades imediatas e necessidades globais, para posteriormente planear intervenções, analisar a evolução do estado do doente e avaliar as intervenções realizadas (Bolander, 1998), sendo a entrevista de enfermagem um importante método de colheita de dados. De acordo com Phaneuf (2002), a entrevista é o contacto entre duas pessoas que colocadas, uma perante a outra, devem tomar conhecimento, aceitar-se, respeitar-se para que se possa criar uma convivência terapêutica. Assim, foi realizada uma colheita de dados principalmente junto ao senhor M., tendo também a oportunidade de entrevistar a esposa num único momento, aquando da realização da consulta. Foi também recolhida informação do processo clínico do doente, junto das senhoras enfermeiras, e da médica que me permitiram sedimentar a informação sobre o senhor.

A entrevista foi realizada tendo por base o respeito pelo senhor M. indo de encontro à sua disponibilidade, aos seus silêncios, à vontade de não querer falar, tendo em conta o facto que esta só poderia ser realizada num único momento, uma vez que provavelmente não haverá a possibilidade de uma nova interação com o senhor devido ao período pequeno de ensino clínico. Nesta, foi seguido os procedimentos defendidos por Phaneuf (2002), tendo uma escuta ativa de forma a extrair o conjunto da mensagem do senhor M., questionando-o para compreender os seus problemas de saúde, as suas raízes, manifestações, como se desencadeiam e que repercussões têm sobre si e sobre a sua família. Após a escuta atenta foram

aprofundadas algumas questões a fim de as clarificar, tendo sempre em atenção a análise do comportamento e das palavras do senhor. Foi importante interpretar o que foi dito e observado, clarificando e validando junto ao senhor M., refletindo-lhe o que por mim foi compreendido. Através da entrevista foi identificado os problemas e foi demonstrado compreensão sobre o seu sofrimento, posteriormente e através das informações recolhidas foi analisada a sua situação.

Assim, este trabalho inicia-se com uma breve exposição dos dados demográficos do senhor M., posteriormente é narrada a história de saúde, contendo os antecedentes pessoais médicos, cirúrgicos, internamentos anteriores, alergias e regime medicamentoso, antecedentes familiares, vigilância de saúde e estilos de vida e história de saúde atual. Posteriormente é descrita a história social e a caracterização familiar para melhor compreender as relações do senhor M. com os seus familiares e com a comunidade que o rodeia e realiza-se uma observação objetiva do mesmo no sentido de analisar a sua aparência e autoestima. De seguida é analisado o impacto da doença no senhor M. tendo por base o Inventário Resumo da Dor utilizado no local de ensino clínico e posteriormente será realizada a gestão da situação, tendo por base as necessidades humanas fundamentais alteradas descritas por Virginia Henderson e utilizando a teoria do Conforto elaborada por Katharine Kolcaba, uma teoria de médio alcance que considera que o conforto tem assumido um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, e é reconhecido como um resultado holístico (Kolcaba, 2003), sendo o produto das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional.

Por fim, é analisada a organização e articulação dos cuidados tendo como objetivo a preparação para o senhor regressar ao domicílio assegurando os cuidados necessários.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: M.G.

Nome que prefere ser tratado: M.

Género: Masculino

Idade: 58 anos

Naturalidade: Faro

Nacionalidade: Portuguesa

Local de Residência: Quarteira

Religião: Católico

Situação laboral: Desempregado. Trabalhou como bate-chapas

Habilitações literárias: Correspondente ao 5º ano de escolaridade

Vive com: Esposa e sogra

Pessoas significativas: Esposa

Contacto do prestador de cuidados: 9xxxxxxx

Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1 Antecedentes pessoais e de saúde

Relativamente aos antecedentes médicos o senhor refere ter sido sempre saudável, nunca tendo necessitado de tomar medicação, indo apenas ao Centro de Saúde uma vez por ano, para realizar exames de rotina. Quanto aos antecedentes cirúrgicos em 1982 por apendicite, foi submetido a apendicectomia, tendo sido o seu único internamento hospitalar, com duração de 3 dias, recuperando totalmente a sua capacidade funcional após três semanas. Desconhece alergias.

2.2. Antecedentes familiares

O senhor M. refere que foi diagnosticado em 2000 hipertireoidismo à mãe tendo realizado tratamento com iodo¹³¹. Relativamente ao pai refere ter sido diagnosticado em 2003 um tumor a nível pulmonar, tendo sido submetido a quimioterapia e radioterapia, afirmando que atualmente a situação se encontra estável, não havendo doença oncológica ativa. Tem seis irmãos todos eles saudáveis, sem antecedentes relevantes. Quanto aos avós maternos, o avô faleceu na sequência de um enfarte

agudo do miocárdio maciço não especificando há quantos anos sucedeu e a avó não soube especificar o motivo do seu falecimento. No que concerne aos avós paternos, a sua avó faleceu há cerca de 30 anos com um tumor a nível da cabeça pescoço que não soube especificar qual e o avô não soube especificar a causa do seu falecimento.

2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida

O senhor M. refere ter sido fumador desde os seus 12 anos, tendo fumado até ao início de 2015 cerca de 40 cigarros/dia, altura em que cessou o consumo tabágico. Afirma que ingeria um copo de vinho às refeições, e um digestivo como um copo de água-ardente e uma cerveja à tarde, tendo também cessado este consumo no início deste ano. Nega o consumo de outras substâncias aditivas.

Relativamente às refeições, estas eram realizadas sem horários regulares, com várias horas de intervalo entre cada refeição, sendo à base de pão com enchidos ou queijo e ingeridas o mais rapidamente possível devido à sua profissão. O jantar era a refeição mais tranquila, sendo realizada em família onde a sua esposa fazia questão de dar primazia à sopa, legumes e vegetais. Refere que trabalhava cerca de 12 horas por dia como bate-chapas, sendo sujeito a altas cargas de *stress*, sem disponibilidade para a prática de exercício físico.

O senhor afirma ser seguido no Centro de Saúde de Quarteira, recorrendo ao seu médico de família pelo menos uma vez por ano, antes de ser diagnosticado o carcinoma do pavimento celular da amígdala direita com extensão ao sulco glosso amigdalino e pavimento da língua à direita com T4 (tumor com grandes dimensões que invade e compromete órgãos vitais) N3 (metástases para linfonodos graves) Mx (metástases não identificáveis). Após este diagnóstico a sua vigilância é muito mais frequente, de acordo com as suas necessidades, não tendo contudo referência para enfermeiro de família. O Plano de Vacinação Nacional encontra-se atualizado.

2.4. História de saúde atual

No início de 2015, por apresentar uma massa endurecida de cor esbranquiçada e ligeiramente dolorosa com evolução de um mês ao nível da região oral e cervical direita, recorreu ao Centro de Saúde de Quarteira, onde foi proposto para a realização de vários exames complementares de diagnóstico.

No dia 23/3/2015 realizou TAC das partes moles do pescoço que revelou um ligeiro espessamento da parede lateral direita da supraglótica da laringe, aproximadamente ao nível da base da prega antro-epiglótica direita. Na região cervical direita adjuvante ao pedículo vascular observou-se uma formação heterógena com aparente 4mm de diâmetro interpondo-se entre o pedículo vascular e o músculo esternocleidomastóideo. Realizou ainda TAC tórax e abdominal, revelando alterações vesiculares nomeadamente no estudo de gânglios com dimensões patológicas e lesões focais hepáticas com existência de microcalcificações à direita.

No dia 09/03/2015 realizou Ecografia das partes moles da região cervical, onde foi detetado lesão a nível da região cervical direita, formação ganglionar com aumento de dimensões, com perda da habitual morfologia alargada, com redução global da habitual ecopacidade em relação com aumento da espessura do córtex (36x23mm). Outras formações ganglionares aumentadas (7 e 23mm). Não foram identificadas alterações sugestivas de tumor das glândulas salivares.

Perante os resultados destes exames, o senhor M. foi encaminhado para a instituição onde me encontro a desenvolver o primeiro ensino clínico, em Abril deste ano. A sua vida sofreu assim, grandes alterações após este diagnóstico, uma vez que nunca tinha tido necessidade de recorrer ao hospital para realizar vários exames complementares de diagnóstico, de realizar viagens demoradas e cansativas do Algarve para Lisboa e o regresso para o Algarve, necessitando por vezes de internamentos prolongados ou de gerir medicação.

No dia 17/04/2015 realizou nesta instituição, biopsia à amígdala direita, tendo revelado mucosa revestida com epitélio pavimentoso com alterações epiteliais. Realizou ainda citologia cervical direita apresentando compostos com metáteses de carcinoma do pavimento celular. O senhor refere odinofagia, disfagia e dor cervical que irradiava para o ombro direito.

No dia 27/04/2015 é observado pela radiologia e é proposto para quimioterapia e radioterapia definitiva. A 22/05/2015 foi internado no serviço de Gastroenterologia para realizar uma gastrostomia percutânea endoscópica (PEG), tendo tido alta no dia 25/05/2015.

A 01/06/2015 é internado eletivamente para realizar o primeiro ciclo de quimioterapia e radioterapia definitiva com Cisplatina, tendo alta no dia seguinte. Por descontrolo do quadro álgico referenciado acima é observado pela Oncologia Médica

em consulta e iniciou Fentanilo 12,5mcg/h transdérmico; Oramorph 2 mg/ml solução oral, realizando 4gotas em SOS; Metoclopramida 15minutos antes do pequeno-almoço, almoço e jantar; Magestrol 160mg uma vez dia; Esomeprazol 20mg antes do pequeno-almoço; Paracetamol 1000mg ao pequeno-almoço, almoço e jantar.

No 19/06/2015 por perda de peso de 3,5Kg, pesando 64Kg não conseguindo o senhor alimentar-se oralmente iniciou alimentação exclusivamente por PEG. Utilizando a Functional Oral Intake Scale (FOIS) disponível no Anexo IV, o senhor apresentava nesta altura o nível correspondente ao de maior severidade (1), ou seja, incapacidade de ingestão por via oral (Queirós, Moreira, Silva, Costa, & Lains, 2013).

No dia 23/06/2015 foi internado eletivamente para segundo ciclo de quimioterapia e radioterapia definitiva com Cisplastina, tendo tido alta a 24/06/2015. Nesta altura observa-se uma lesão ulcerada a nível da cervical direita, com exsudado purulento em moderada quantidade, com cheiro fétido e tecido desvitalizado. Iniciou a realização de pensos de 2 em 2 dias ou SOS com limpeza com soro fisiológico, aplicado na ferida Aquacel Ag® e penso absorvente e na pele circundante Bepanthene®. A 02/07/2015 a lesão apresenta exsudado seroso em pequena quantidade, sem cheiro, com tecido de granulação. Manteve a aplicação de Aquacel Ag® e aplicação na pele circundante de Cavillon® spray. Atualmente o senhor apresenta ferida com tecido de granulação com exsudado seroso em pequena quantidade, mantém a aplicação de Aquacel Ag® na ferida, e na pele circundante a aplicação de Cavillon® spray, sendo o penso de suporte uma placa de poliuretano com rebordo.

A 13/07/2015 é observado pela Oncologia Médica em consulta, tendo o senhor tido uma perda ponderal de 6Kg em dois meses, pesando 58Kg, foi assim pedido apoio por parte da nutricionista. A 18/09/2015 pesava 65Kg, porém por esquecimento do senhor parou a aplicação do penso transdérmico de Fentanilo por ter deixado terminar as receitas. Por descontrolo do quadro álgico, com agravamento da cervicalgia e da odinofagia foi pedido colaboração pela consulta da dor, realizando o senhor a seguinte terapêutica no domicílio enquanto aguarda a consulta na Clínica da Dor: Fentanilo 25mcg/h transdérmico; Paracetamol oral 1000mg ao pequeno-almoço, almoço e jantar; Nimesulida oral 100 mg ao almoço e jantar; Oramorph 2 mg/ml solução oral 8gotas em SOS; Bisacodilo 5mg após o jantar; Lactulose 1 saqueta após o jantar; Magestrol oral 160mg uma vez dia.

3. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

O senhor M. vive com a sua esposa e sogra na freguesia de Quarteira, numa moradia com saneamento básico, eletricidade e sem escadas que lhe dificulte o acesso à mesma. Esta é descrita como confortável pelo senhor e pela sua esposa, localizando-se num bairro calmo e com fácil acessibilidade, tanto a nível de transportes como a nível de comércio. No que concerne às condições socioeconómicas, a aplicação da classificação social internacional de Graffar conclui que com um score 17 insere-se na escala média (Anexo I).

Em Anexo II, encontra-se o genograma que permite compreender melhor a estrutura familiar do senhor M. Quanto às relações entre a família e a comunidade, são mais facilmente perceptíveis através do ecomapa descrito no Anexo III, podendo-se perceber que a família, constituída pelo senhor M., pela esposa e pela sogra apresenta uma relação forte sendo coesa. O casal tem duas filhas que vivem em Faro tendo também uma relação forte com elas. Os pais vivem em Quarteira, sendo seus vizinhos, mantendo tanto com eles como com os seus irmãos uma relação forte e coesa.

As estruturas da comunidade mais valorizadas são as instituições de saúde, os vizinhos e amigos, e a menos valorizada é a igreja. O senhor M. não referiu a existência de relações tensas, quer com a sua família, quer com os recursos da comunidade.

4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA

O senhor M. revela uma aparência cuidada, pele e mucosas coradas e hidratadas, apresentando uma idade aparente idêntica à idade real. Realiza de forma autónoma as atividades de vida diárias. Refere gostar de ter o penso da região cervical à direita com pequenas dimensões e discreto, utilizando a camisa e o chapéu para o disfarçar. Comunica de forma assertiva e ponderada, mantendo o contacto visual.

5. GESTÃO DA SITUAÇÃO

5.1. Breve descrição da teoria do conforto de Katharine Kolcaba

O conforto tem assumido um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, e é reconhecido como um resultado holístico que dá respostas à pessoa como um todo (Kolcaba, 2003).

Desta forma, no sentido de desenvolver este conceito, assim como o operacionalizar e medir, foi desenvolvida a Teoria do Conforto de médio alcance (Kolcaba, 1994), que considera o conforto como o resultado das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional. A primeira dimensão engloba três estados de conforto, alívio (experiência de ter uma necessidade específica satisfeita, esta é necessária para o retorno à função anterior ou para uma morte pacífica), tranquilidade (estado de calma ou contentamento necessária para desempenhar eficazmente as atividades de vida diária) e transcendência (estado em que a pessoa consegue superar os seus problemas) (Kolcaba, 1994, 2003).

O conforto é assim o resultado desejável dos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita os ganhos de desempenho físico e/ou psicológico, sendo também essencial para uma morte pacífica uma vez que esta exige uma força psíquica para a aceitação e libertação. Estes estados são normalmente contínuos, sobrepõe-se e são interdependentes. A segunda dimensão refere-se aos contextos onde o conforto pode ocorrer, físico (que diz respeito às sensações corporais), psico-espiritual (referente à consciência de si mesmo, incluindo estima, significado da vida e a sua relação com um ser ou uma ordem superior), sociocultural (relações interpessoais, familiares, sociais, culturais, incluindo relações financeiras, educacionais e de suporte) e ambiental (relacionado com a luz, ruídos, bem como meios institucionais e familiares que afetam o conforto) (Kolcaba, 2003).

Quanto às medidas de conforto, Kolcaba (2003), define-as como intervenções de enfermagem concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa. Assim no que diz respeito ao doente oncológico com dor, o enfermeiro pode proporcionar diferentes formas de conforto. No que refere ao alívio físico pode ajudar a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor, quanto à tranquilidade pode implementar medidas de relaxamento que facultam calma e facilitam um desempenho mais eficiente e relativamente à transcendência podem ser

outorgados e reforçados ensinios que contribuem para a pessoa tome consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença.

Esta autora define três tipos de medidas de conforto, sendo elas, medidas de conforto técnicas que se destinam a manter a homeostasia e a gerir sintomas, tendo como objetivo manter ou recuperar funções fisiológicas, proporcionando conforto e prevenindo complicações, “Coaching” ou orientação que são intervenções de enfermagem que visão aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível e Cuidados confortadores da alma que dizem respeito a intervenções de enfermagem não técnicas mas que fazem os doentes se sentirem fortalecidos de forma personalizada, tendo como objetivo obter a transcendência através da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente, como massagens, exercícios de relaxamento e modificações que permitam criar um ambiente calmo e tranquilo (Kolcaba, 2003).

A avaliação dos resultados é obtido pelo nível de conforto em que a pessoa se encontra, sendo indispensável ouvir o doente relativamente à melhoria do seu estado, ou o evidenciar através de atitudes e expressões e se necessário planear ou implementar novas intervenções de enfermagem intencionalmente dirigidas ao conforto (Kolcaba, 2003).

5.2. Gestão situacional tendo em conta a Teoria do Conforto

No dia 01/10/2015 o senhor vem à Consulta da Dor pela primeira vez, vindo acompanhado pela sua esposa, e sendo observado pela equipa multidisciplinar.

Refere que desde há seis meses tem uma dor permanente a nível mandibular direita, tipo moinha com irradiação ao ouvido direito com picadas e guinadas. Refere ainda dormência a nível retro auricular e mandibular à direita. A dor aumenta quando a abertura da boca é maior e com determinados movimentos do pescoço ou quando se encontra mais de 15 minutos em pé e alivia com a medicação e quando se encontra sentado. Mantém odinofagia ligeira e xerostomia.

No sentido de desenvolver uma apropriada estratégia de tratamento, para proporcionar o maior conforto possível ao senhor M, é fundamental uma avaliação completa da dor. A Ordem dos Enfermeiros (2008) e a Direção Geral de Saúde (2003) afirmam que a escolha dos instrumentos de avaliação devem considerar o tipo de dor,

idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais. Metzger, Muller, Schwetta & Walter (2002) corrobora esta recomendação afirmando que qualquer instrumento de avaliação deve ser pertinente, específico e coerente. Deve ainda ser rigoroso, objetivo e credível, evitando desvios, manipulações indesejáveis ou envolvimento pessoal, bem como ser simples, claro, fácil de aplicar e compreender e utilizável por todos.

Assim, para que tal fosse possível, foi aplicado o Inventário Resumido da Dor (Anexo VIII), que sendo um instrumento de autoavaliação multidimensional, fornece informações sobre as condições físicas, psicossociais e comportamentais do doente com dor crónica. A evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reproduzível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor (Azevedo et al 2007).

Desta forma, numa escala de 0 a 10, sendo 0 sem dor e 10 a pior dor possível de imaginar, o senhor foi questionado sobre a mesma no seu máximo durante a última semana atribuindo-lhe a classificação de 6 e no seu mínimo a classificação de 1. No momento da consulta a dor era 3.

Quando questionado sobre até que ponto a medicação aliviou a sua dor de 0 a 100%, o senhor considerou um alívio de 70%. Foi ainda questionado de 0 a 10, sendo 0 “não interferiu” e 10 “interferiu completamente”, como a dor interferiu durante a última semana em vários aspetos que constavam no instrumento utilizado, sendo eles os seguintes:

- **Atividade geral** – 4, uma vez que não pode desenvolver a sua atividade profissional e não consegue percorrer grandes distâncias a pé;
- **Disposição** – 3-4, quando se encontra sozinho a dor incomoda-o mais, referindo que quando se encontra acompanhado principalmente da sua família e amigos encontra-se mais distraído o que o ajuda a “esquecer a dor” (SIC);
- **Capacidade de andar a pé** - 3-4, uma vez que agrava a dor;
- **Trabalho normal** (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa) – 6-7, o senhor encontra-se atualmente de baixa devido à sua situação clínica. No que diz respeito aos trabalhos domésticos, o senhor refere que consegue desenvolve-los de forma autónoma, contudo os

trabalhos têm de ser pequenos e ligeiros para não agravar a sua dor. Refere que consegue cozinhar e tratar da sua horta que o vai ajudando no sustento familiar. Porém faz várias pausas quando sente que esta vai aumentar;

- **Relações com outras pessoas** – 0, o senhor refere que estar com outras pessoas, principalmente com os seus familiares e amigos contribui para aliviar a sua dor, não interferindo esta na qualidade das mesmas, antes pelo contrário ajuda-o a sentir-se acarinhado e apoiado;
- **Sono** – 0, refere que nunca acordou com dores ou teve dificuldade em adormecer pelo quadro algíco;
- **Repouso** – 0, quando se encontra sentado ou deitado a dor alivia, sendo um fator favorável para aumentar o seu conforto;
- **Alimentação** – 2-3 – no momento da entrevista o senhor M. já se alimentava oralmente, embora ainda mantivesse a PEG. Utilizando a Functional Oral Intake Scale (FOIS) (Anexo IV), este senhor tem o nível correspondente ao de menor severidade (6), ou seja, capacidade de ingestão por via oral total sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos, uma vez que o mesmo refere que os alimentos mais secos, ou de maiores dimensões lhe causam alguma dor que varia de 5-6 na escala numérica. Mantendo uma odinofagia ligeira e xerostomia.
- **Eliminação** – 6-7. Embora tendo laxantes prescritos, o senhor M. só administra um ou o outro quando fica dois ou três dias obstipado o que lhe provoca um agravamento da dor, tanto quando sente o abdómen distendido (dor 2-3) como quando realiza a manobra de valsava para evacuar aumentando a sua dor para 6-7 na escala numérica;
- **Prazer de viver** – 1-2. O senhor refere que sente prazer de viver, gosta de estar com a sua família, com os seus amigos, de passear, de ir até ao café da zona onde vive e ficar a conversar com as pessoas. Porém quando se encontra sozinho sente mais dificuldade em lidar com a sua doença oncológica e com a sua dor.

Tendo em conta o acima descrito é possível perceber que o senhor M. se encontra a vivenciar uma situação onde existem várias Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virgínia Henderson, alteradas. De acordo com Kolcaba (1991) quando estas necessidades não se encontram satisfeitas o doente tem um *deficit* e quando estas são satisfeitas o deficit é removido.

NHF Comer e beber: Disfagia para alimentos secos e de maiores dimensões, xerostomia e ligeira odinofagia.

Para que fosse possível proporcionar um maior conforto ao senhor M. foram avaliadas as preferências alimentares, os hábitos e as intolerâncias. O senhor M. refere “ser de boa boca”, nega alergias alimentares, referindo que lhe dá prazer estar reunido com a família à mesa à hora das refeições. Porém a ingestão de alimentos mais secos, ou de maiores dimensões que o obrigam a ter uma maior amplitude de abertura da cavidade oral, causam-lhe dor que varia de 5-6 na escala numérica.

Desta forma, foi realizado ensino ao senhor e à sua esposa, no sentido de ter em conta as suas preferências alimentares, recaindo as suas escolhas sobre alimentos de pequenas dimensões, sendo confeccionados pratos moles ou pastosos, facilitando a sua ingestão, bem como de pequenas dimensões para evitar o aumento da dor. Foi sugestionada a ingestão de papas, iogurtes, sopas, gelatinas, purés, que iam ao encontro das suas preferências alimentares. Foi recomendado ainda, que evitasse alimentos quentes ou ácidos, uma vez que iriam aumentar o seu desconforto.

Foi incentivado a hidratação da mucosa oral, bem como a higiene da cavidade oral, utilizando uma escova macia, ao levantar, deitar e depois de cada refeição, e a utilização dos bochechos compostos prescritos na consulta, que permitiram aumentar a salivação e diminuir a xerostomia, aumentando o conforto.

Foi ainda realizado ensino, para administração de medicação de resgate antes da alimentação, prevenindo o seu surgimento (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012) e prescrito Magestrol 160mg oral ao pequeno-almoço, utilizado para o aumento de apetite do senhor M.

A realização das refeições junto da sua família e dos seus amigos foi estimulada, uma vez que era algo que lhe dava prazer realizar.

Assim tendo em conta a Teoria definida por Kolcaba foi possível o alívio físico ajudando o senhor M. a satisfazer esta necessidade aliviando a dor. Foi também

proporcionado tranquilidade, tendo em conta o contexto ambiental, que seria no seu domicílio, descrito pelo senhor como tranquilo e confortável, rodeado da sua família e amigos.

A nível psico-espiritual foram respeitadas as suas preferências, não existindo qualquer intolerância ou restrição alimentar. O senhor não apresenta disfagia a líquidos ou a alimentos moles ou pastosos, sendo a via oral foi a preferencial em detrimento da PEG que ainda possui, sendo assim proporcionado conforto a nível socio-cultural, incentivando as refeições junto da sua família e amigos, respeitando a sua cultura de estar reunido a mesa com estes à hora das refeições.

NHF Mover-se e manter uma postura correta. Vestir e despir. Estar limpo e proteger os tegumentos. Manter a temperatura dentro dos limites normais. Evitar os perigos. Presença de dor a nível mandibular direita.

Apesar da dor e da interferência desta nas atividades de vida diárias, o senhor M. é independente nestas, apresentando um baixo risco de desenvolver úlceras de pressão, de acordo com a avaliação realizada recorrendo a escala de Braden (Anexo VI), com score 11. Quanto ao risco de queda, segundo a escala de Morse (Anexo VII), apresenta um baixo risco, com score 25. Relativamente a avaliação da independência funcional e mobilidade, utilizando a escala modificada de Barthel (Anexo VII), o senhor M. apresenta uma dependência baixa, obtendo um score 100.

Foi realizado ensino ao senhor M. sobre as escalas de autoavaliação da dor, de forma a melhor a poder percecionar, tendo o senhor escolhido a escala numérica. Nesta escala, é pedido ao doente que atribua um número à sua dor. Consiste numa régua dividida em onze partes iguais numeradas de 0 a 10, sendo que o 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e o 10 à classificação “Dor Máxima” (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002 e DGS, 2008). Naquele momento da avaliação a dor foi classificada como 3.

Para além de obter a sua intensidade foi também importante caracteriza-la, uma vez que de acordo com Pimenta (2003) citado por Rodrigues & Zago (2006, p. 439) o enfermeiro tem um papel fundamental, salientando a exigência da avaliação e do registo da dor, considerando as características da mesma, como o local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de alívio e agravamento, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido, do estabelecimento do fluxo

das ações a serem realizadas e gestão dos possíveis efeitos secundários. Assim, a dor foi caracterizada como permanente a nível mandibular direita, tipo moinha com irradiação ao ouvido direito com picadas e guinadas. Refere ainda dormência a nível retro auricular e mandibular à direita. A dor aumenta quando a abertura da boca é maior e com determinados movimentos do pescoço ou quando se encontra mais de 15 minutos em pé, aliviando com a medicação e na posição de sentado.

Nesta avaliação de dor pode-se constatar que o senhor já tinha realizado tratamentos de quimioterapia, radioterapia e cirurgia, tendo estes influenciado a vivência dolorosa (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012). No momento, o senhor negava a existência de comportamentos aditivos (tendo cessado o consumo de tabaco e de bebidas alcoólicas no início do ano 2015). Nega também a presença de opióidofobia, referindo que desde de o início de Junho de 2016 iniciou terapêutica com opióides, tendo um alívio de 70% com a medicação instituída.

Perante o registo realizado da avaliação da dor e do impacto que a mesma tem sobre a vida do senhor M. foi possível que a médica reunisse a informação necessária para estabelecer um plano terapêutico. Desta forma, o senhor M. irá para o seu domicílio a realizar a seguinte terapêutica:

- Carbamazepina 200mg oral às 8h00 e às 20h00 (indicada para neuralgia essencial do trigémio e neuralgia essencial glossofaríngea, aliviando as guinadas e picadas que o senhor refere quando a dor agrava);
- Oramorph 8 gotas como medicação de resgate (A morfina é uma substância essencial de acordo com a OMS, tem uma variedade de formulações, oral ou elixires, comprimidos, supositórios, formulações de libertação perlongada ou imediata e fórmulas endovenosas. A dose inicial é de 5-10mg oral de 4/4horas com uma dose de resgate de 2,5 – 5mg/hora se necessário. A biodisponibilidade em média é de 30- 35%, sendo que 90% é metabolizada no fígado. A morfina é a primeira escolha quando a intensidade de dor é moderada a grave, pois proporciona alívio eficaz, é amplamente tolerado, fácil de administrar e barato (Caraceni et al, 2012, Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).
- Fentanilo 25mcg/h transdérmico. Foi realizado ensino ao casal sobre a substituição do penso de 3 em 3 dias, e as zonas e o estado da pele onde deverá ser colado o penso. Este é um opióide semi-sintético altamente

potente e útil, sendo aproximadamente 80 a 100 vezes mais potente do que a morfina, tendo uma duração de 72h. Depois de aplicado as concentrações séricas de fentanil aumentam progressivamente, estabilizando depois de 12 horas na generalidade, o que significa que quando retirado haverá substância ativa durante várias (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Barbosa & Neto, 2010).

- Paracetamol 1g ao pequeno-almoço, almoço e jantar;
- Metamizol de Magnésio como medicação de resgate. Sendo assim considerado a continuidade de analgésicos não opióides de forma a oferecer uma melhor analgesia que o opióide por si só (Caraceni et al., 2012, Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012)

O cumprimento do plano terapêutico pode proporcionar alívio físico ajudando a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor, segundo Kolcaba (2003).

O uso de várias ferramentas de ensino, tais como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, podem ajudar a pessoa a se sentir mais no controlo da sua dor (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013). Assim, para que fosse possível o correto cumprimento do plano terapêutico, foi realizado ensino sobre o mesmo, sendo referido o que era cada fármaco, qual o seu efeito, quais os efeitos secundários, o horário e como deveriam ser administrados, tendo sido fornecido o esquema escrito para facilitar a sua interiorização. De acordo com Rodrigues & Zago (2006, p. 439), educação dos doentes e familiares sobre o mecanismo de ação das drogas, a forma como utiliza-las, os efeitos secundários e como realizar o tratamento é fundamental tendo o enfermeiro um papel essencial na realização dos ensinos.

Com a realização destes ensinos, irá ser aliviada a ansiedade e proporcionada segurança tanto ao senhor M. como à sua esposa, o que pode proporcionar conforto ao nível da tranquilidade (estado de calma ou contentamento necessária para desempenhar eficazmente as atividades de vida diária) (Kolcaba, 2003).

Foi também proporcionada transcendência, ou seja, estado em que a pessoa consegue superar os seus problemas (Kolcaba, 2003). O senhor M. e a sua esposa tiveram acesso a informação que lhes aumentou a sensação de controlo sobre a

gestão da sua dor e um maior envolvimento nos cuidados (Kolcaca 2003 e Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015).

Através dos ensinios realizados, envolvendo o senhor M. e a sua esposa, foram proporcionadas medidas de conforto que Kolcaba (2003) define como “Coaching” ou orientação sendo intervenções de enfermagem que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível.

Foram ainda recomendadas outras medidas não farmacológicas como o relaxamento com imaginação, visualização e meditação que permite uma diminuição da tensão muscular e aumenta o foco nas sensações de bem-estar. Foi incentivado a encontrar-se com amigos e familiares, uma vez que tal como o senhor M. tinha referenciado o ajudava a esquecer-se da dor e aumentava a sensação de carinho e apoio por parte destes (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Assim, foram desenvolvidas medidas que ajudaram o senhor M. a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor, quanto à tranquilidade foram implementadas medidas de relaxamento que facultam calma e facilitam um desempenho mais eficiente e relativamente à transcendência foram realizados e reforçados ensinios que contribuíram para que o senhor M. tomasse consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença (Kolcaba, 2003).

NHF Eliminar: Presença de obstipação relacionada com a utilização de opióides.

A obstipação é um efeito secundário esperado dos opióides, que afeta negativamente o conforto e pode por em causa a adesão ao regime terapêutico e ao aumento significativo dos custos dos cuidados. Existe assim, um consenso na recomendação da administração por rotina de laxantes por profilaxia (Caraceni et al, 2012).

Embora tendo laxantes prescritos, o senhor M. só administra um ou o outro quando fica dois ou três dias obstipado o que lhe provoca um agravamento da dor, tanto quando sente o abdómen distendido (dor 2-3) como quando realiza a manobra de valsava para evacuar aumentando a sua dor para 6-7 na escala numérica.

Para assegurar um alívio físico do senhor M. foi prescrito Lactulose – 1 a 3 sequetas de acordo com a obstipação e Bisacodilo 5mg ao jantar.

Foi realizado ensino ao senhor M. e à sua esposa que estes laxantes deverão ser realizados todos os dias em combinação e não apenas quando o senhor já se encontra obstipado, prevenindo assim o seu desconforto. Muitos autores referem que é necessário instituir um estimulante da motilidade intestinal e um emoliente das fezes. A ingestão de fibras e de líquidos foi também recomendada, bem como incentivado a realização de atividade física, de acordo com a capacidade do senhor M. e a massagem abdominal suave (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, p. 150, Barbosa & Neto, 2010, p. 88).

Foram assim, de acordo com Kolcaba (2003) proporcionadas medidas de conforto ao nível do alívio físico, tentando evitar o desconforto produzido pela obstipação. Tranquilidade, através da realização de ensinamentos dirigidos ao senhor M. esclarecendo dúvidas e dando-lhe conhecimento sobre o objetivo destes fármacos, o que levaram à diminuição da ansiedade e a um aumento da sensação de controlo da sua dor levando assim à transcendência, tomando o senhor M. consciência que possui ferramentas que lhe permitem aliviar este sintoma.

NHF Agir segundo as suas crenças: Preocupação com o futuro e interrupção do projeto de vida.

O senhor M. é católico. Refere que não frequenta assiduamente a igreja mas acredita em Deus. Menciona ainda, que ao longo da sua vida, nem tudo o que fez poderia ser “visto com bons olhos por Deus” (SIC), sendo assim esta doença e a dor vista como um castigo divino.

Manifesta igualmente sentimentos de culpa, por ter ao longo da sua vida fumado e ingerido bebidas alcoólicas, que são fatores de risco para esta doença. Refere ainda algum remorso pelo impacto que a doença tem tido na sua família, afirmando que estes se preocupam e o acompanham nesta trajetória.

Durante a consulta, foi prestado apoio emocional, quer ao senhor M. como à sua esposa. Recorreu-se ao toque terapêutico, proporcionando conforto a ambos, bem como foi transmitida uma sensação de apoio e segurança através do contacto pele a pele, transmitindo assim tranquilidade (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Kolcaba 2003).

Foi valorizada a coragem que o senhor M. e a sua família têm demonstrado no decorrer desta epata difícil e discutido a necessidade de atribuir causas, demonstrando um esforço para conseguir aceitar esta etapa da vida.

Foi ainda, valorizada a presença constante da família, demonstrando preocupação com o senhor M., estando presente e apoiando-o, principalmente a sua esposa que é a sua cuidadora principal. Foi assim proporcionada tranquilidade, agradecendo tanto o senhor como a sua esposa a disponibilidade e o cuidado demonstrado pela equipa multidisciplinar.

Através da discussão com o casal, foi realizada uma articulação com a psicóloga, podendo ser uma mais-valia para a integração de intervenções psicossociais que aumentem a capacidade do senhor M. e sua família lidarem com a dor, bem como incentivado o acompanhamento pelo senhor padre do seu local de residência facilitando a busca de respostas que o senhor M. procurava, sobre o facto de Deus o ter castigado (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012).

Tendo em conta as medidas de conforto acima propostas, bem como através da interação com a equipa multidisciplinar, foi possível desenvolver cuidados dirigidos à individualidade do senhor M. e proporcionou-se o desenvolvimento de confiança na equipa e a satisfação nos cuidados prestados.

De acordo com McCormack B. (2006), com o envolvimento do doente nos cuidados, desenvolve-se uma sensação de bem-estar onde este confia no enfermeiro, criando-se um ambiente terapêutico onde a tomada de decisão é partilhada, entre os profissionais de saúde e o doente.

O envolvimento do senhor M. nos cuidados, partilhando as decisões com este, permitiu o ganho de empowerment, que de acordo com Koukkanen & Leino-Kilpi (1999,) citando Michel Foucault (1978), poder e conhecimento estão intimamente ligados. Assim, com o apoio da equipa multidisciplinar e da sua família, o senhor M., desenvolverá competências, aumentando a sua autonomia na gestão da dor o que melhorará a interferência desta a nível físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental, aumentando concomitantemente o conforto.

O resultado das medidas de conforto implementadas só serão avaliados na consulta seguinte que se realizará em Dezembro, se não houver uma descompensação do quadro algico, tendo nesse caso o senhor M. a linha telefónica

disponível. Este é outro recurso que transmite tranquilidade ao senhor e à sua família, uma vez que terá acesso a informações caso surja alguma dúvida, ou a soluções caso surja algum problema, sendo a chamada recebida por enfermeiras, diminuindo assim a ansiedade, bem como evita deslocações do Algarve para Lisboa, aumentando o conforto da família (Martins & Lopes, 2010).

Terminando o meu ensino clínico no final de Outubro, não terei oportunidade de avaliar o resultado das medidas de conforto implementadas. Porém, estas medidas poderão proporcionar alívio físico da dor, podendo levar a que o senhor tenha mais prazer de viver uma vez que, não será constantemente lembrado da sua situação clínica, tendo mais disponibilidade para a sua família e para os seus amigos, sendo o contexto psico-espiritual favorecido. Este conforto poderá também ser sentido no contexto socio-cultural, por exemplo para os passeios e as idas ao café para falar com os seus amigos como foi referido pelo senhor M. Poderá ser também facilitador para realizar as suas tarefas na horta, que o distraiam e o ajudavam no sustento da sua família, estando aqui também presente o contexto ambiental.

Desta forma, foi possível perceber as implicações da dor na vida do senhor M., devendo ter presente o conceito de dor total, termo utilizado por Cicely Saunders, para enfatizar que a dor oncológica advém de múltiplos fatores e causa significativo impacto em todos os domínios da vida, piorando a qualidade de vida. Porém o seu alívio e a promoção do conforto é possível, não devendo esta ser passivamente tolerado ou um castigo, sendo o seu alívio um direito da pessoa. A sistematização, avaliação e registo é fundamental para a deteção da dor. Se esta não for identificada e descrita não pode ser tratada. Os dados de avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e a avaliação dos tratamentos prescritos (Pimenta & Ferreira, 2006).

6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS

Os cuidados de saúde primários foram fundamentais no acompanhamento do senhor M., sendo eles os primeiros a realizar os vários exames complementares de diagnóstico e garantindo a coordenação/ integração com a consulta no Hospital onde me encontro a realizar o meu primeiro ensino clínico. Continuaram a sê-lo,

concretizando cuidados como a realização do penso da lesão ulcerada cervico-mandibular direita e na deteção do descontrolo sintomático, encaminhando-o para o mesmo hospital.

Por sua vez os cuidados de saúde secundários foram essenciais para intervenções especializadas, utilizando meios tecnológicos diferenciados, sendo estes realizados na fase aguda da doença e têm normalmente uma curta duração. Na preparação para a alta a equipa multidisciplinar levantou as necessidades que a família poderia sentir no domicílio, avaliou os recursos disponíveis na comunidade, reforçou ensinamentos sobre o regime terapêutico e demonstrou disponibilidade para suprimir qualquer necessidade que pudesse surgir, disponibilizando o contacto telefónico direto da consulta.

Desta forma, o senhor pode ir para o seu domicílio, realizando a articulação com os cuidados de saúde terciários, onde a sua esposa será a cuidadora informal. Foi ainda contactado o Centro de Saúde, para a realização do penso a nível cervical e com a assistente social, de forma a ter apoio a nível da participação da terapêutica prescrita, bem como a nível das deslocações realizadas de Quarteira para Lisboa e posteriormente o regresso ao domicílio.

7. CONCLUSÃO

O contexto de ensino clínico foi essencial para a reflexão sobre o impacto da doença oncológica e especialmente o impacto da dor, no doente, família e comunidade, assim como de que forma esta é gerida, tendo em conta as medidas de conforto implementadas para atingir o alívio, tranquilidade e transcendência nos diversos contextos, físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental, sendo assim o conforto o resultado desejável dos cuidados de enfermagem, uma vez que facilita os ganhos de desempenho físico e/ou psicológico, sendo também essencial para uma morte pacífica uma vez que esta exige uma força psíquica para a aceitação e libertação (Kolcaba, 2003).

Tal como é referido por Canário (2007), as competências profissionais são em grande parte construídas em contexto de trabalho, sendo as aprendizagens mais importantes e significativas realizadas por exemplo em instituições hospitalares. Com a realização deste trabalho e com a possibilidade de contactar com a realidade, em contexto hospitalar refletindo sobre as necessidades do doente oncológico e sua família, contribuindo para aumentar o conforto do mesmo, fez-me ir ao encontro das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011), referindo que este deverá cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar conforto e qualidade de vida, bem como facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

O autoconhecimento que foi adquirido através desta experiência foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional, refletindo sobre a linguagem verbal e não-verbal, sobre a calma e tranquilidade que a equipa de multidisciplinar transparecia. Desta forma, tomei consciência sobre a importância destas técnicas de comunicação no relacionamento com o outro, bem como não descorar a dignidade do outro, o direito à informação e tomada de decisão defendidas pelo Código Deontológico (2009).

Para finalizar fica um pensamento de Cicely Saunders (1959) que me fez todo o sentido durante a realização deste trabalho, e que demonstra a importância da implementação de medidas de conforto dirigidas à individualidade do doente.

“Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável”.

8. BIBLIOGRAFIA

- Azevedo, L, Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., *et al.* (2007). Tradução, adaptação Cultural e estudo Multicêntrico da Validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da Dor. *Dor*. 15. (4). 4-57.
- Bolander, V.R. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Canário, R., Correia, J. A., Dubar, C., Malglaive, G., Barroso, J., Bolívar, A.,...d'Espiney, L. (1997). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S. Bennett, M.I, Brinelli, C., Cherny, N. ...Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58 – 68.
- Direção Geral de Saúde. (2003). *A Dor com 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Lisboa. Direção Geral de Saúde.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomis structure for the concept comfort. *Imagem*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort. *Image*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Kuokkanen, L. & Leino-kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (1), 235-241.
- Martins, M. & Lopes, M.A.P. (2010) A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 14.(1). 39-57.
- McCormark, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 9, 202-209.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures. Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pathmawathi, S. Beng, T.S., Rosli, R. Sharwend, S. Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16. (4). 552-560.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimenta, C.A.M. & Ferreira, K.A.S.L. (2006). *Dor e Cuidados Paliativos: Enfermagem, Medicina e Psicologia*. São Paulo: Editora Manole.
- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R., Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 24. (2). 25-30
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.

9. ANEXOS

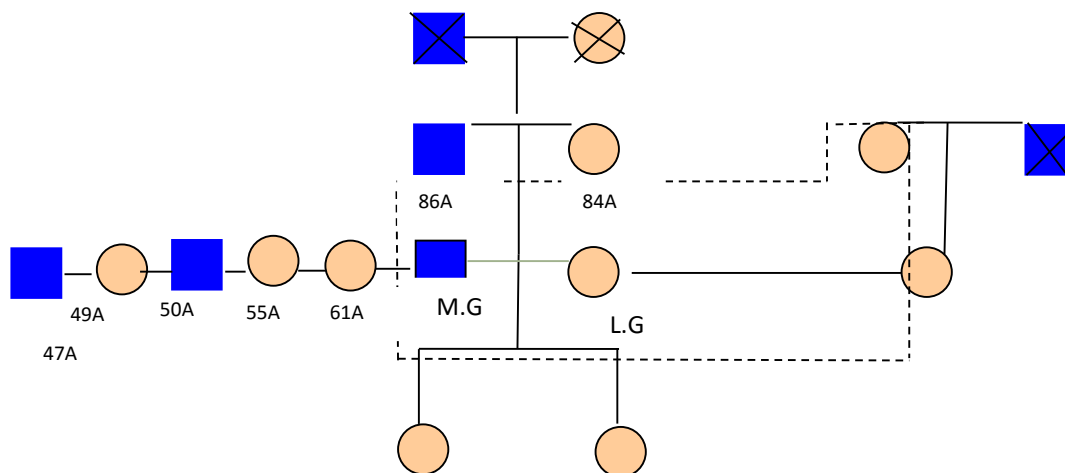
Anexo I - Graffar adaptado

O senhor M. é o chefe de família encontrando-se atualmente de baixa devido à sua situação clínica. Por sua vez a esposa encontra-se desempregada, estando a receber o complemento por dependência da Segurança Social, uma vez que se encontra a cuidar da mãe no seu domicílio.

- Profissão: Bate-chapas (5 pontos);
- Instrução: 5º ano (4 pontos)
- Origem do rendimento familiar: Vencimentos certos (3 pontos)
- Tipo de habitação: Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais (3 pontos)
- Local de residência: Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservada (2 pontos)

O resultado é 17 pontos, que corresponde a **classe III - média**

Anexo II – Genograma



Legenda:



Mulher



Homem



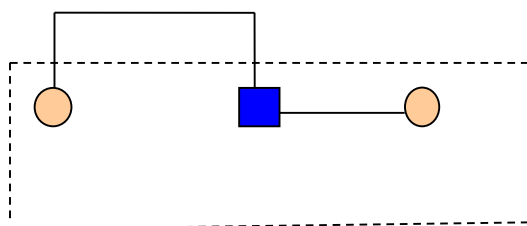
Separação



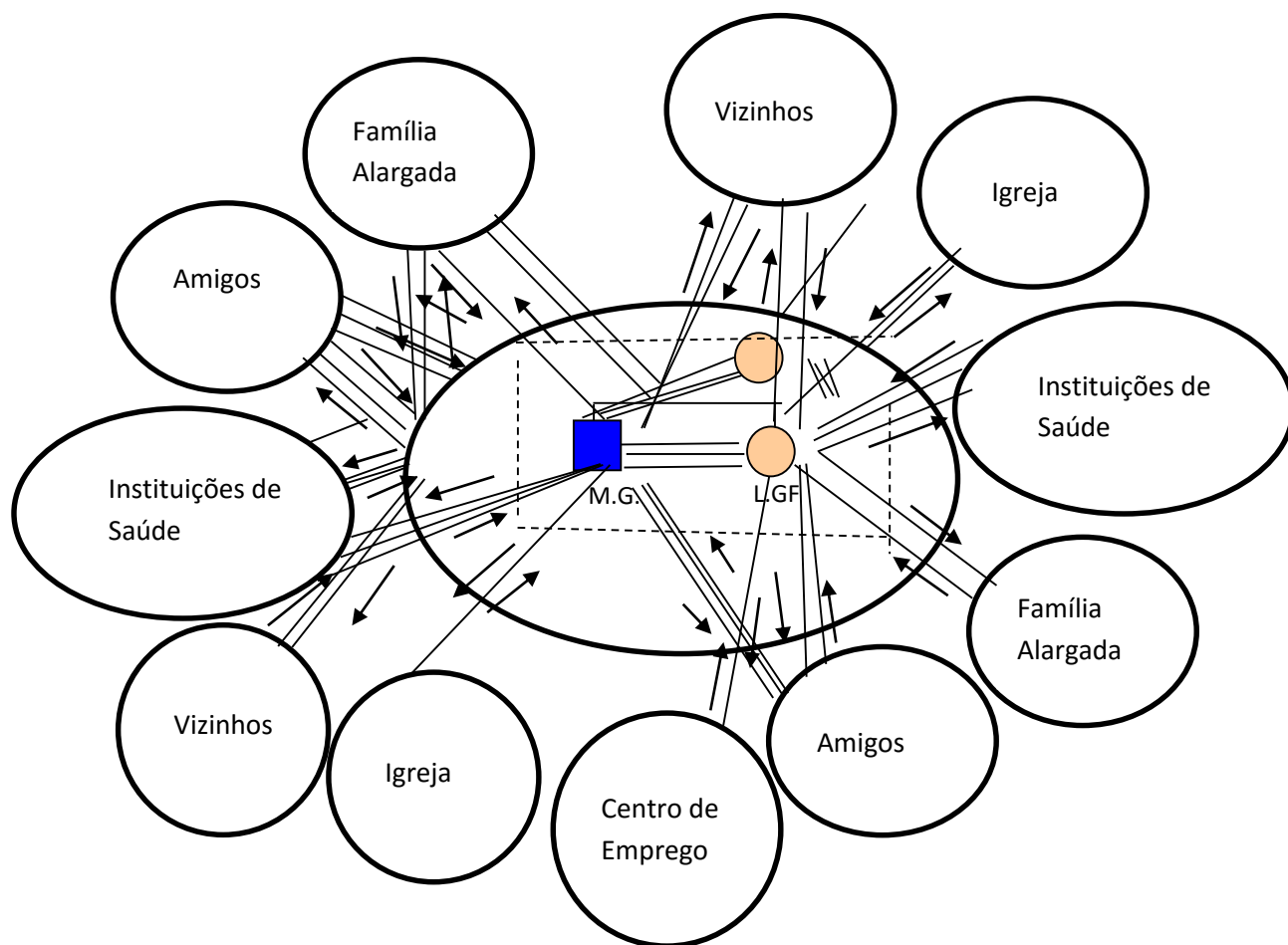
Óbito



Casamento



Anexo III – Ecomapa



Legenda

- Relação forte
- Relação ténue
- Gerador de *stress*
- Vínculos negativos
- Sentido do fluxo de energia

Anexo IV - FOIS versão portuguesa

Functional Oral Intake Scale (FOIS)- Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

1. Incapacidade de ingestão por via oral
2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

4. Ingestão total por via oral de uma única consistência
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica

6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos

7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

Anexo V – Escala de Braden

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbal. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingerir pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínios) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

Anexo VI – Escala de Morse

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Anexo VII – Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Anexo VIII – Inventário Resumido da Dor

1. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10
Sem dor A pior dor
que se pode imaginar

2. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 **1** 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor
que se pode imaginar

3. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo número que melhor descreve a sua dor em média.

0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor
que se pode imaginar

4. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 **3** 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor
que se pode imaginar

5. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para sua dor?

• Fentanilo 25mcg/h Transdérmico (trocac de 3/3 dias); Paracetamol 1000 mg (1 comprimido ao pequeno-almoço, almoço e jantar); Nimesulina 100 mg (1 comprimido ao almoço e ao jantar); Oxímorfol 2mg/ml solução oral 2 gotas em SOS

6. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor?
Por favor, assinala com um círculo a percentagem que melhor mostra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% **70%** 80% 90% 100%

7. Assinala com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A - Actividade Geral

0 1 2 3 **4** 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu Interferiu
Completamente

B - Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

C - Capacidade de andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

D - Trabalho Normal (inclui tanto o trabalho doméstico como trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

E - Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

F - Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

G - Repouso

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

H - Alimentação

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

I - Eliminação

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

J - Prazer de Viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu Interferiu
 Completamente

Apêndice X- Estudo de Caso de uma situação de descontrolo sintomático: dor oncológica e dispneia, numa família Hindú

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

ESTUDO DE SITUAÇÃO

Docente:

Professora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos N° 88

Lisboa, Novembro de 2015

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DADOS DEMOGRÁFICOS	5
2. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	4
3. OBSERVAÇÃO OBJETIVA	7
4. HISTÓRIA DE SAÚDE	7
4.1. Antecedentes pessoais e de saúde	7
4.2. Antecedentes familiares	7
4.3. Vigilância de saúde e estilos de vida	7
4.4. História de saúde atual	8
5. IMPACTO DA DOENÇA E GESTÃO DA SITUAÇÃO	17
6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS	24
7. CONCLUSÃO	26
8. BIBLIOGRAFIA	28
9. ANEXOS	

Anexo I - Graffar adaptado

Anexo II - Genograma

Anexo III – Ecomapa

Anexo IV - ESAS

Anexo V - Escala de resultados ou desempenho de Karnofsky

Anexo VI - Escala de Braden

Anexo VII - Escala de Morse

Anexo VIII - Índice de Barthel

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, foi realizado um Ensino Clínico no serviço de Cuidados Paliativos do local de estágio II. No decorrer deste, foi proporcionada a oportunidade de interagir com o senhor M., um doente com diagnóstico de neoplasia das células renais metastizado, internado por descompensação sintomática.

Após lhe ter sido referido que era aluna de mestrado de enfermagem e que gostaria de analisar a sua situação, no âmbito desta unidade curricular, tendo-lhe garantido o anonimato, o senhor e a sua família gentilmente deram o seu consentimento.

Segundo Papathanasiou, Sklavou & Kourkout (2013), a fundamentação teórica da enfermagem é intrinsecamente holística, não devendo o doente ser visto de uma forma unidimensional. As diversas teorias de enfermagem, focam a pessoa como um ser complexo, e influenciando estas os cuidados prestados, os doentes devem ser encarados como seres totais com crenças, valores, cultura, família, possuindo uma história de vida e um futuro que influencia a forma como olham para a doença, sendo mais do que a soma das suas partes.

Desta forma, para que os cuidados sejam realizados de uma forma holística é necessário que o doente seja o centro dos nossos cuidados. Para que tal seja possível é necessário ter conhecimento do doente, partilhando informação com este tendo em conta o que ele consegue suportar e integrar naquele momento, facilitando a tomada de decisão, ou seja é necessário flexibilidade. É imprescindível o reconhecimento dos valores do doente, estado este em igualdade com os profissionais de saúde, para a tomada de decisão, havendo assim reciprocidade. O doente deve estar consciente das intervenções que serão realizadas saber quais os propósitos e as motivações para que estas intervenções sejam propostas, havendo transparência nos cuidados prestados. Para além disso, é necessário que o doente possa ser parte integrante na equipa multidisciplinar, sendo a sua opinião tão valorizada quanto a opinião de qualquer outro profissional de saúde, sendo necessário para tal negociação. Por fim, o reconhecimento da singularidade e do valor de cada doente leva a maximizar todos os recursos para enfrentar cada problema, havendo uma presença simpática (McCormack, 2003).

Para ir de encontro às necessidades do doente é necessário raciocínio clínico, que de acordo com (Cerullo & Cruz, 2010) encontra-se presente em todas as ações e

decisões tomadas, como o diagnóstico, as intervenções adequadas a cada doente e na avaliação dos resultados alcançados, sendo um processo inter-relacional, onde este deve estar envolvido ativamente.

De forma a dar visibilidade ao acima referido, este trabalho inicia-se com uma breve exposição dos dados demográficos do senhor M., posteriormente é descrita a história social e a caracterização familiar para melhor compreender as relações do senhor M. com os seus familiares e com a comunidade que o rodeia e realiza-se uma observação objetiva do mesmo no sentido de analisar a sua aparência e autoestima. De seguida é narrada a história de saúde, contendo os antecedentes pessoais médicos, cirúrgicos, internamentos anteriores, alergias e regime medicamentoso, antecedentes familiares, vigilância de saúde e estilos de vida e história de saúde atual. É ainda analisado o impacto da doença no senhor M. tendo por base as necessidades humanas fundamentais alteradas descritas por Virginia Henderson e posteriormente será realizada a gestão da situação utilizando a Teoria do Conforto elaborada por Katharine Kolcaba, uma teoria de médio alcance que considera que o conforto tem assumido um papel fundamental nos cuidados de enfermagem, e é reconhecido como um resultado holístico (Kolcaba, 2003), sendo o produto das intervenções de enfermagem, num estado dinâmico e bidimensional. Finalmente é analisada a organização e articulação dos cuidados envolvidos.

1. DADOS DEMOGRÁFICOS

Nome: M.M.

Nome que prefere ser tratado: M.

Género: Masculino

Idade: 42 anos

Data de nascimento: 21/01/1973

Naturalidade: Agra

Nacionalidade: Indiano

Local de Residência: Oeiras

Religião: Hindu

Profissão: Economista

Habilitações literárias: Licenciatura

Vive com: Esposa, a senhora A.M. e duas filhas gémeas de 12 anos, N.M e R.M.

Pessoas significativas: Esposa

Contacto do prestador de cuidados: 9xxxxxxx

Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde

2. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

O senhor M. vivia com a sua esposa e as duas filhas numa moradia em Oeiras, com saneamento básico, eletricidade, tendo dois andares, sendo que o quarto do senhor M. localiza-se no andar inferior o que facilita a sua deslocação dentro de casa, bem como as saídas à rua, uma vez que não tem escadas que lhe dificultem o acesso. Esta é descrita como confortável pelo senhor e sua família, localizando-se num bairro calmo e com fácil acessibilidade, tanto a nível de transportes como a nível de comércio. No que concerne às condições socioeconómicas, a aplicação da classificação social internacional de Graffar conclui que com um score 9 insere-se na escala alta (Anexo I). Em anexo II, encontra-se o genograma que permite compreender melhor a estrutura familiar do senhor M. Quanto às relações entre a família e a comunidade, são mais facilmente perceptíveis através do ecomapa descrito em anexo III, podendo-se perceber que a família, constituída pelo senhor M., pela esposa e pelas duas filhas de 12 anos gémeas, apresentando uma relação forte e coesa. O pai e um dos irmãos vivem próximo da área de residência do senhor M.,

constituindo-se uma ajuda nos cuidados proporcionados a este senhor, evitando assim a sobrecarga da senhora A.

As estruturas da comunidade mais valorizadas são as instituições de saúde, família, amigos e a igreja e as valorizadas de forma menos expressiva os vizinhos. O senhor M. não referiu a existência de relações tensas, quer com a sua família, quer com os recursos da comunidade.

3. OBSERVAÇÃO OBJETIVA

O senhor M. revelava uma aparência cuidada, porém encontrava-se emagrecido, revelando uma idade aparente superior à idade real. No domicílio realizava as suas atividades de vida diária de forma independente, até Outubro deste ano, onde começa a apresentar um cansaço fácil a pequenos esforços, mais emagrecido e asténico. Com a progressão da doença no início de Novembro de 2015 apresentava-se caquético, necessitando de ajuda total nas atividades de vida diária, com pele e mucosas descoradas mas hidratadas. Permanecia durante grande parte do dia no leito, apresentando cansaço fácil nas mobilizações e dispneia nas tentativas de levantar.

O quarto encontrava-se decorado com objetos pessoais e religiosos do senhor, como fotografias, imagens religiosas, livros, revistas, bem como tinha sempre o seu pijama trazido de casa vestido, conferindo-lhe personalização e sendo uma tentativa de adaptar o quarto de um hospital a um quarto o mais próximo possível da sua casa sendo-lhe assim mais confortável. Mantém sempre uma música ambiente calma, transmitindo-lhe tranquilidade. Assim, é-lhe proporcionado conforto a nível do alívio (experiência de ter uma necessidade específica satisfeita, esta é necessária para o retorno à função anterior ou para uma morte pacífica), tranquilidade (estado de calma ou contentamento necessária para desempenhar eficazmente as atividades de vida diária) e transcendência (estado em que a pessoa consegue superar os seus problemas), nos quatro contextos físico (que diz respeito às sensações corporais), psico-espiritual (referente à consciência de si mesmo, incluindo estima, significado da vida e a sua relação com um ser ou uma ordem superior), socio-cultural (relações interpessoais, familiares, sociais, culturais, incluindo relações financeiras, educacionais e de suporte) e ambiental (relacionado com a luz, ruídos, bem como meios institucionais e familiares que afetam o conforto) (Kolcaba, 2003, p.9-10).

Comunicava de forma assertiva e ponderada, mantendo o contacto visual, porém apresentava um cansaço fácil quando tentava formular um discurso mais elaborado com necessidade de várias pausas de forma a reverter esse mesmo cansaço.

4. HISTÓRIA DE SAÚDE

4.1. Antecedentes pessoais e de saúde

Relativamente aos antecedentes médicos o senhor referiu ter talassemia sem necessidade de medicação regular, sendo este o seu único antecedente de saúde. Mencionou que nunca teve necessidade de intervenções cirúrgicas ou de qualquer internamento hospitalar. A sua vigilância de saúde era concretizada recorrendo ao Centro de Saúde de Oeiras uma a duas vezes por ano, para realizar exames de rotina. Desconhece alergias.

4.2. Antecedentes familiares

O senhor M. referiu que a sua mãe faleceu há cerca de 5 anos com um acidente vascular cerebral hemorrágico extenso. O seu pai é hipertenso e diabético sendo seguido em consulta no Centro de Saúde da sua área de residência.

Relativamente aos avós paternos faleceram na sequência de um acidente de viação há cerca de quinze anos. Por sua vez a sua avó materna faleceu devido a problemas cardíacos. Quanto ao seu avô materno mencionou não se lembrar qual o motivo do falecimento não conseguindo especificar há quantos anos estas mortes ocorreram.

O senhor tinha dois irmãos mais novos, um com 38 anos, residente em Londres. Á cerca de oito anos teve um acidente de viação em Portugal com fraturas múltiplas com necessidade de cirurgia, referindo o senhor M. que pelo que se lembra realizou laparotomia exploradora com colecistectomia e apendicectomia. O irmão mais novo de 32 anos não tem antecedentes pessoais relevantes. Na sua família não existe história documentada de doença oncológica.

4.3. Vigilância de saúde e estilos de vida

O senhor M. afirmou ter sido sempre cuidadoso com a sua saúde, nega hábitos tabágicos ou alcoólicos ou o consumo de outras substâncias aditivas.

Segundo o mesmo tinha uma vida laboral muito ativa estando sujeito a altas cargas de *stress*. É economista, acumulando dois empregos com uma posição de chefia, tendo assim mais responsabilidades acumuladas, trabalhando cerca de 12 a 16 horas por dia, não tendo disponibilidade para a prática de exercício físico.

Quanto aos hábitos alimentares o senhor era vegetariano, porém por ter uma profissão tão stressante ocupando-lhe grande parte do dia, não lhe era possível desfrutar das refeições de forma calma e equilibrada, sendo estas realizadas o mais rapidamente possível e sem horários regulares. Apenas o jantar, por se encontrar no seu domicílio acompanhado pela sua família, era a refeição mais tranquila, dando preferência à sopa, vegetais e legumes.

O senhor referiu ser seguido em Centro de Saúde de Oeiras recorrendo ao seu médico de família uma a duas vezes por ano antes de ser diagnosticado uma neoplasia nas células renais em 2010. Após esse diagnóstico recorreu ao hospital onde me encontro a realizar o ensino clínico II, sendo de 2010 a esta parte seguido neste hospital.

O Plano de Vacinação Nacional encontrava-se atualizado.

4.4. História de saúde atual

Em Agosto de 2010, a vida do senhor M. e da sua família muda radicalmente, com o surgimento de uma cólica renal direita associada a hematúria.

Nesta altura recorre ao seu médico de família, onde realiza vários exames complementares de diagnóstico, entre eles análises, Raio X tórax e abdominal, ecografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC), sendo diagnosticada uma neoplasia das células renais, recorrendo assim ao hospital onde me encontro a realizar o ensino clínico II.

Os exames complementares revelam os seguintes achados imagiológicos:

Ecografia renal 11/03/2010 – observa-se uma formação nodular sólida hiperecogénica, com vascularização e algumas áreas de calcificação milimétrica, medindo 47 x 40 mm, na transição do terço médio com o terço inferior, na vertente anterior do rim direito. Faz ligeira proclividade no contorno renal. Não existe evidência de dilatação pielo-calicial. A restante avaliação renal é normal. Bexiga com normal expressão.

TAC 12/03/2010 – revela lesão nodular expansiva, com 4,7 x 4,2 cm localizada no terço médio do rim direito, sugerindo lesão proliferativa sólida renal (carcinoma das

células renais) com compressão sobre a parede anterior do bacinete direito e com atraso na excreção do contraste e realce nefrográfico tardio. Neste contexto é proposto para cirurgia.

Nesta instituição, a 27/11/2010 é submetido a nefrectomia radical direita por via laparoscópica, tendo a cirurgia decorrido sem intercorrências e após 17 dias de internamento teve alta clínica para o domicílio.

Posteriormente, é seguido pela consulta de oncologia, tendo realizado vários cinco ciclos de quimioterapia. Entre Maio e Dezembro de 2014 realiza terapêutica com Sunitinib 37,5 mg uma vez por dia.

Por falta de resposta com este tratamento, com progressão da doença apresentando metástases a nível pulmonar e peritoneal inicia a 01 de Dezembro de 2014 a Junho de 2015 tratamento com Axitinib 5mg de 12 em 12 horas. No dia 06 de Junho de 2015 inicia tratamento com Certican 0,1 mg que realiza durante 40 dias tendo de interromper por febre com necessidade de internamento no serviço de oncologia do mesmo hospital, durante oito dias. No dia 01 de Agosto de 2015 inicia tratamento co Pazopanib 800mg uma vez dia até Outubro do mesmo ano.

O senhor M. volta a recorrer à urgência do hospital de ensino clínico II no dia 01/10/2015, por quadro de dispneia intensa com início á cerca de quatro dias, sem apresentar febre ou tosse, diagnosticando-se um derrame pleural à direita, com necessidade de internamento.

À observação o senhor apresentava-se emagrecido, asténico, com pele e mucosas descoradas mas hidratadas. Até ao momento do internamento o senhor realizava como medicação habitual no domicílio Atrovent inalador 2 puff's de 8 em 8 horas, Carvedilol 3,12mg ao almoço e jantar, Clonazepam 2,5mg/ml 12 gotas ao deitar, Dexametasona 2mg ao almoço e jantar, Morfina (MST) 10mg ao almoço e jantar, Sertralina 50mg ao pequeno-almoço, Trazadona 25mg à ceia e Pantoprazol 40mg ao almoço.

No dia seguinte ao internamento realiza TAC tórax que revela moderado derrame pericárdico (mais evidente que em estudo prévio). Derrame pleural em pequeno volume a esquerda, maior do que em estudo prévio. Múltiplas adenomegalias mediastínicas, designadamente na janela aorto-pulmonar. Envolve também o hilo pulmonar homolateral (com maior expressão global). Conglomerado adenopático infra-carinal com 4 x 2 cm, também com maior expressão dimensional. Adenomegália pré-traqueal retrocava, presentemente com maiores dimensões.

Adenopatia supra-clavicular esquerda também de maiores dimensões (3,1 x 2,4 cm). Nódulo no ápex pulmonar esquerdo. Existe expressão atelectásica/de consolidação global do lobo inferior esquerdo, francamente mais notória em estudo prévio (com franca heterogeneidade intrínseca). Desta forma pode-se concluir agravamento global das alterações anteriormente documentadas e que se traduzem por maior expressão do derrame pericárdico, maior expressão do derrame pleural e acentuação dimensional das múltiplas adenomegalias mediastínicas e hilares. Também os achados sub-frénicos são mais notórios que em estudo prévio.

Assim no dia 02/10/2015 foi submetido a toracocentese com saída de líquido citrino, tendo sido enviado para bacteriologia. Fica com drenagem torácica no hemitórax esquerdo em drenagem passiva, tendo o senhor aliviado a sua dispneia.

No dia seguinte encontra-se calmo, consciente e orientado no tempo espaço e pessoa. Com períodos de polipneia a médios esforços. Apresenta saturações periféricas de oxigénio de 90-92% com aporte de oxigénio a 2L/min, com tendência para a hipotensão (88/52mmHg) e taquicardia (100bpm), apirético (36°C). Sem queixas álgicas, tolera dieta vegetariana ligeira por via oral, sem disfagia. É colhido sangue para análises, revelando uma hemoglobina de 6.4gr/dl, tendo realizado uma unidade de concentrado eritrocitário e iniciou ferro endovenoso, mantendo drenagem torácica que drenou nas 24h00 cerca de 1000cc.

No dia 03/10/2015, o senhor M. apresenta melhoria do quadro respiratório, mantendo cansaço fácil na transferência do leito para o cadeirão que reverte em repouso. Mantem a tendência para a hipotensão e taquicardia e com saturações periféricas de oxigénio de 90% com aporte de oxigénio por óculos nasais a 2L/min. A drenagem torácica mantém-se funcionante para o mesmo conteúdo, tendo drenado nas 24h00 aproximadamente 300cc.

A 06/10/2015 é diagnosticado um derrame pericárdico circunferencial posterior e na parede livre do ventrículo esquerdo, com colapso parcial da aurícula direita, necessitando de ir ao bloco operatório para ser realizada uma segmentectomia pulmonar anatómica por videotoracosopia com três portas onde foi observado o derrame pleural esquerdo, com múltiplos implantes na pleura visceral e o pericárdio com implantes tumorais. Foi realizada uma janela pleuro-pericardica com saída de líquido sob tensão. Realizada talcagem da pleura e drenagem do pericárdio com dreno blake nº24 e da pleura com dreno torácico nº28. Infiltração das portas de entrada com ropivacaína. O intraoperatório decorreu sem intercorrências.

Após este procedimento, constatou-se uma melhoria hemodinâmica e da dispneia. A 16/10/2015 por se encontrar clinicamente estável tem alta clínica para o domicílio, sendo direcionado para a consulta de cuidados paliativos e de oncologia.

A consulta de cuidados paliativos ocorre no dia 21/10/2015 a seu pedido, e em concordância com o seu médico oncologista, por agravamento clínico marcado. À observação o senhor apresentava-se caquético, em cadeira de rodas exibindo incapacidade para deambular e com dispneia moderada em repouso. Nesta consulta é revista a evolução clínica e a situação atual, com revisão das expectativas e clarificação dos objetivos dos cuidados. De acordo com Boyd, Merkh, Rutledge & Randall (2011), a comunicação sobre o prognóstico é necessária para facilitar as decisões sobre as opções de tratamento, tendo sido os cuidados paliativos associados a um número significativamente mais baixo de intervenções agressivas perto da morte e a um aumento do conforto dos doentes e seus familiares.

O senhor M. referiu que não pretendia viver nestas circunstâncias e que não estava em condições de realizar novos tratamentos dirigidos à doença. Foi discutida a necessidade de ponderação entre benefícios e malefícios, sendo reforçado que lhe seriam asseguradas todas as medidas para lhe proporcionar o maior conforto possível. O senhor ficou com apoio domiciliário, revista terapêutica, com 30mg de morfina per os ao almoço e jantar e furosemida 40mg per os ao pequeno-almoço, com necessidade de monitorizar eventual hipotensão. O senhor e a sua esposa ficaram com o contacto da consulta, demonstrando disponibilidade para se houver algum problema ou alguma dúvida a ser esclarecida.

A 03/11/2015, o senhor M. foi internado no serviço de cuidados paliativos por desconforto generalizado que não consegue objetivar, com dor permanente a nível lombar e abdominal tipo moinha, com intensidade ligeira que agrava com os posicionamentos aliviando com a administração de 10 gotas de morfina como medicação de resgate. Apresentava uma caquexia, necessitando de ajuda total nas atividades de vida diária, permanecendo grande parte do dia na cama, apresentando cansaço fácil nas mobilizações e dispneia nas tentativas de levantar. Não apresentava sinais toxicidade opióide. Foi revista terapêutica com redução da dexametasona e morfina, melhorando o desconforto e dor, referindo o senhor durante a noite dor ligeira com as mesmas características, mas conseguindo descansar. Encontrava-se a realizar hipodermóclise, por acesso subcutâneo na região abdominal esquerda que o senhor ia gerindo pedindo para parar por períodos por lhe ser desconfortável. Nesta

altura foi aplicada a escala ESAS em anexo IV, bem como a escala de resultados ou desempenho de Karnofsky que classifica os pacientes de acordo com o grau das suas inaptidões ou deficiências funcionais, tendo sido atribuído um score de 30 (anexo V)

No momento do internamento, o senhor realizava a seguinte terapêutica: Brometo de Ipratrópio 20µg/dose 3 puff's de 8 em 8 horas e em SOS, Clonazepam 12 gotas às 22h00, Desametasona 4mg subcutâneo 9h00, Esomeprasol 40mg per os 9h00, Haloperdol 1,25mg em SOS, Metoclopramida 10mg subcutânea em SOS, Morfina 3,25mg subcutânea de 8 em 8 horas, Morfina 1,25mg subcutâneo em SOS, Sertralina 25mg per os às 9h00, Trazadona 25mg per os ao deitar e hipodermóclise com soro fisiológico a 20cc/h.

A 04/11/2015, o senhor referia vontade de dormir durante grande parte do dia, apresentando dispneia ligeira às mobilizações não tolerando os levantes. Ligeiramente queixoso apenas às mobilizações. Por ser desconfortável para o senhor M. não lhe trazendo benefícios, optou-se por suspender a hipodermóclise e reduzir a dexametasona que se encontrava a realizar de 8/8 horas de 4mg para 2mg.

Foi realizada uma conferência familiar envolvendo enfermeira, médica a esposa e o pai do senhor M. que questionava a ausência de melhorias no quadro clínico. De acordo com Neto (2003), a conferência familiar, poderá ser utilizada para clarificar objetivos, reforçar a resolução de problemas, prestar apoio e aconselhamento. Assim, foi discutido o agravamento da doença, demonstrando os sinais de fim de vida e a impossibilidade de reverter esta situação, bem como a ausência de indicação e benefício em qualquer outro tratamento dirigido à doença. Foi abordado a morte que estará próxima, abordadas questões como a doença e a fé e validado que o percurso do senhor M. não se esgota neste fim de vida e morte, sendo validada a sua coragem bem como da sua família, ficando estes mais serenos. Segundo Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti (2013), para os hindus a morte é vista como uma parte do ciclo natural da vida, sendo uma transição para uma nova vida. Foi renovada a disponibilidade por parte da equipa multidisciplinar em apoiar a família, nomeadamente as filhas se for essa a vontade da família.

No final do dia, recebeu a visita de ministros religiosos, tendo sido ecoados cânticos, realizadas orações, ficando o senhor com imagens religiosas na mesa-de-cabeceira e por debaixo da almofada e livros religiosos que a sua esposa lhe vai lendo, ficando o senhor mais tranquilo e conseqüentemente mais confortável.

A 6/11/2015, o senhor apresentava lentificação psicomotora, com cansaço fácil a pequenos esforços. Pela caquexia e na tentativa de otimizar o conforto foi realizada a rotação de morfina para perfusão, diminuindo a dose e adicionado haloperidol em dose baixa, bem como se iniciou desmame de dexametasona e sertralina. Assim, fica com perfusão de morfina 40mg e haloperidol 3,75mg a 2.09cc/h por cateter subcutâneo no membro superior esquerdo.

O senhor ficou mais confortável, mantendo-se ligeiramente polipneico em repouso, com períodos de dispneia a pequenos esforços. Refere sentir grande dificuldade na alternância de decúbitos, por se apresentar polipneico em decúbito lateral e mais confortável em decúbito dorsal. Refere ainda dor a nível abdominal ligeira, tipo moinha, permanente e por esse desconforto fez morfina em resgate que sortiu efeito, ficando após 20 minutos sem dor.

Dorme por curtos períodos, despertando com facilidade, porém refere que administração de clonazepam 12 gotas à noite o ajuda a descansar. Para seu conforto tem colocado um dispositivo urinário, urinando em pequena quantidade e não evacua há quatro dias, porém não apresenta abdómen volumoso ou timpanizado não sendo desconfortável para o senhor.

A 07/11/2015 mantém caquexia marcada. Posicionado e massajado no leito, com polipneia e esgar de dor nos posicionamentos que revertem com o repouso. Mantém perfusão de morfina 40mg e haloperidol 3,75 mg em curso a 2.09 cc/h por acesso subcutâneo no membro superior esquerdo. Mantém via oral, ingerindo o que lhe apetece e quando lhe apetece. Durante o dia ao pequeno-almoço ingere 2 ou 3 colheres de iogurte, ao almoço 4 colheres de sopa e 2 de puré de papaia, ao lanche 2 ou 3 colheres de iogurte e ao jantar a metade da papa e um terço da fruta, recusando a ceia, com tolerância.

Durante a tarde teve a visita da esposa que era uma constante durante todo o internamento, o pai, os irmãos e as filhas, ficando o senhor mais sereno e tranquilo, com fáceis sem esgar de dor ou qualquer outro desconforto.

Durante a interação com o casal, foi perceptível que a esposa, a senhora A. apresentava um fáceis triste e muito cansado, tendo sido questionada sobre como a equipa a poderia ajudar. A senhora A. manifesta necessidade de sair do quarto para se permitir exprimir as emoções contidas. Refere que sempre teve conhecimento que a doença do marido não era curável, porém não previa que a evolução fosse tão rápida, tomando agora consciência que a morte deste poderia suceder a qualquer

altura. Descreve a sua tristeza e desesperança, referindo que muitas vezes já tentou perceber os motivos que poderão estar por trás da doença do marido, contudo não consegue justificar que esta se tenha abatido sobre a sua família. Foi discutido a necessidade de atribuir causas, refletindo o esforço para se conseguir aceitar esta fase tão difícil. Foi ainda valorizado os cuidados de conforto que presta ao marido e a tranquilidade que lhe transmite. A senhora refere que esta situação tem sido difícil de gerir pela família, uma vez que o senhor M. é o mais velho de três irmãos e desde de sempre se assumiu como o cuidador da família, sendo visto como o elemento que resolvia tudo, para quem não havia impossíveis, e estando agora nesta situação parece até incongruente.

Foi ainda abordado como as filhas se encontravam a lidar com a doença do pai, referindo a senhora que quando estas o visitaram perceberam a gravidade da situação. Estas oferecem grande apoio à família, tentando ajudar consoante as suas possibilidades, por exemplo contribuindo mais com as tarefas domésticas, e sendo mais carinhosas com todos os elementos da família. Referiu que as queria proteger desta situação e que pensa em evitar que estas vessem o pai neste estado. Foi discutido com ela esta questão, tendo sido referido que mante-las no desconhecimento do real estado do pai, podia vir a originar um maior choque e dificultar a aceitação de más notícias. Percebendo a sua necessidade de proteger as filhas, foi sugerido que falasse com elas sobre o agravamento do estado de saúde do pai, antecipando o que poderia acontecer no sentido de as preparar, atenuando o choque que poderia ocorrer, ficando a senhora A. de pensar sobre esta questão. Através desta reunião com a senhora A. foram proporcionadas medidas de conforto que Kolcaba (2003) define como “Coaching” ou orientação sendo intervenções de enfermagem que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível.

A 09/11/2015 verificou-se um agravamento progressivo da doença. O senhor M. encontrava-se calmo, consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Polipneico a pequenos esforços, porém sem esgar de dor ou qualquer outro desconforto. Para a obtenção do alívio físico, a seu pedido foi posicionado várias vezes de forma a encontrar uma posição confortável. Foi realizada hidratação da mucosa oral por xerostomia e aplicado colutório, ficando o senhor mais confortável. Alimentava-se em pequena quantidade, de acordo com a sua vontade e a sua preferência. Encontrava-

se desperto mas com astenia marcada e com discurso arrastado, tendo sido realizado apoio emocional, ficando o senhor mais confortável e tranquilo. Foi aumentada a dose de haloperidol para 7,5mg mantendo a dose de morfina, tendo sido substituído o cateter subcutâneo para o membro superior direito. A dose de clonazepam é também aumentada para 20 gotas.

A esposa questionou a equipa de enfermagem e médica sobre a redução da desametasona. Foi explicado que todos os fármacos são geridos de acordo com a gravidade dos sintomas e com a necessidade do doente, que nesse momento apresentava-se confortável. A senhora A. concordou que o seu marido não se encontra em sofrimento, estando calmo e tranquilo. Foi reforçada a coragem que ela, o senhor M. e toda a sua família têm demonstrado. A senhora A. emocionou-se ficando chorosa e agradeceu todo o apoio que lhe têm prestado bem como os cuidados no sentido de o seu marido ficar o mais confortável possível. Goldsmith, Ferrell, Wittenberg-Lyles & Ragan (2013) referem que facilitar a expressão de emoções do doente e família, através de uma escuta ativa e com uma comunicação centrada nestes demonstra uma abordagem terapêutica legitimando os seus sentimentos. Uma relação baseada na confiança e na verdade podem prevenir o luto patológico.

No final do dia, as filhas visitaram o senhor M., dando-lhe ambas um beijinho, o que o emocionou e tranquilizou. A senhora A. referiu que o seu marido lhe tinha pedido previamente para as filhas não o verem nesta fase em que se encontrava mais debilitado, mas ao vê-lo mais tranquilo e emocionado com a presença das filhas, esta ficou também mais tranquila e aliviada por ter proporcionado este momento tão importante para a família. De acordo com Kolcaba (2003), foram assim prestados cuidados confortadores da alma que dizem respeito a intervenções de enfermagem não técnicas mas que fazem os doentes se sentirem fortalecidos de forma personalizada, tendo como objetivo obter a transcendência através da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente.

No dia 10/11/2015, o senhor agravou o seu quadro, apresentando polipneia a pequenos esforços, nomeadamente às mobilizações. Sem via oral, mantém o reflexo da sucção, tendo sido revistas com a família as condições sobre a alimentação no final de vida. Mantinha xerostomia tendo sido realizada hidratação da mucosa oral, através de esponja com água, sumo de maçã e colutório para aliviar o desconforto do senhor. Não conseguia emitir um discurso, tentava levantar os braços e gemia quando se sentia desconfortável. Reagia à estimulação verbal com resposta motora facial

muito lentificada. Urinou e evacuou em pequena quantidade na fralda, fezes pastosas acastanhadas. Foi posicionado e massajado consoante as necessidades do senhor M., apresentando faceis com esgar de dor nas mobilizações que reverte em repouso. Mantem acesso subcutâneo no membro superior esquerdo, com perfusão de morfina que baixou a dose para 35 mg e adicionado levomepromazina 25mg em 50cc de soro fisiológico a 2,09cc/h. Teve a visita da esposa, pai e irmãos.

Foi prestado apoio emocional à esposa e explorou-se a vivência da fase final de vida na religião hindu. Os objetivos dos cuidados paliativos estão em concordância com as crenças hindus, onde a distanásia é vista como a interferência no karma, inibindo o curso natural da morte e a eutanásia resultaria numa grande dívida kármica que levaria a muitos renascimentos menores (Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti, 2013, Thrane, 2010). Foi perceptível que tanto a senhora A. como o seu sogro expressam as emoções sem constrangimentos, chorando um a frente do outro, o que anteriormente não ocorria. Foi valorizada a coragem e a presença constante em todo o internamento que foi muito tranquilizadora para o marido, conferindo-lhe maior conforto. Ao longo da conversa a senhora tem um choro fácil, aceitando e agradecendo o contacto físico por lhe ser apaziguador. Esta valorização da coragem e do acompanhamento e carinho sempre demonstrado pelo senhor M. foi estendido a toda a família, ficando esta mais tranquila e agradecendo a disponibilidade e o cuidado tido com o senhor e com a restante família. Segundo Barbosa & Neto (2010), a doença de um membro da família é também uma doença familiar, sendo que a equipa multidisciplinar, doente e família constituem a unidade a tratar. O apoio aos cuidadores promove o ajuste pessoal de cada um à situação, aumenta a capacidade de cuidar e possibilita uma adaptação normal a perda.

Por volta das 17h00, teve a visita das filhas, aparentando o senhor uma postura tranquila e serena. Cerca das 22h00 o senhor faleceu tranquilamente na companhia da esposa, do pai e dos irmãos. Foi prestado apoio emocional a estes, que ficaram chorosos mas agradeceram o apoio e o cuidado prestado ao longo de todo o internamento.

5. IMPACTO DA DOENÇA E GESTÃO DA SITUAÇÃO

Tendo em conta as Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virginia Henderson, foram encontradas algumas alteradas, às quais se tentaram

definir medidas de conforto para os minorar. Quanto às medidas de conforto, Kolcaba (2003), define-as como intervenções de enfermagem concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa.

NHF Comer e beber: Perda de apetite, caquexia, xerostomia e ligeira mucosite.

De acordo com Granda-Cameron, et al (2010), a caquexia associada ao cancro é comum em cerca de 50-75% dos doentes. Barbosa e Neto (2010) corroboram esta afirmação, referindo que a síndrome de anorexia-caquexia é uma manifestação habitual nos doentes em final de vida.

As complicações da cavidade oral podem surgir durante ou após o tratamento dirigido ao cancro sendo a mucosite e a xerostomia duas complicações frequentes. A xerostomia é uma condição em que a mucosa oral se encontra extraordinariamente seca, sendo o resultado de uma diminuição da saliva produzida pelas glândulas salivares. Por sua vez a mucosite é a descamação dolorosa do epitélio oral e da faringe, caracterizada pela destruição da barreira física e química complexa da mucosa oral, produzindo soluções de continuidade com a rede vascular e consequentemente aumento de infeção (Mercadante, et al, 2015 e Barbosa & Neto, 2010).

De forma a proporcionar o maior conforto possível a este senhor foram avaliadas as preferências alimentares, os hábitos e as intolerâncias. O senhor M. é vegetariano e desta forma foi personalizada a sua dieta tendo em conta este aspeto. Todos os dias lhe era questionado as suas preferências alimentares, normalmente preferindo alimentos à temperatura ambiente ou fria, sendo respeitado as horas a que este queria comer e a quantidade que desejava ingerir. Os pratos eram pequenos, visualmente estimulantes e diversificados, evitando-se os cheiros, comida quente ou ácida. Foi realizada hidratação da mucosa oral, aplicado colutório que para além de aliviar a dor aumenta a salivação e nos lábios o seu batom do cieiro, ficando o senhor mais confortável.

Tendo em conta a teoria de conforto de Kolcaba foi proporcionado alívio físico, ajudando a pessoa a satisfazer esta necessidade aliviando a dor e tendo em conta as suas preferências permitindo normalmente a ingestão de 3 ou 4 colheres de sopa ao almoço e outras 3 ou 4 colheres ao jantar, um terço da papa ao pequeno-almoço e à ceia ou a ingestão de 50 a 70% do iogurte ou de gelado de chocolate ou baunilha ao lanche com agrado e tolerância.

Foi também proporcionado tranquilidade, tendo em conta o contexto ambiental, onde permanecia uma música tranquila escolhida por ele, sem ruídos, com uma luz intermédia que o senhor geria, sendo alimentado com a ajuda da enfermeira ou da esposa, de acordo com as suas preferências. A nível psico-espiritual foram respeitadas as suas preferências e foi tido em conta a sua religião. Grande parte dos hindus não come carne de vaca, sendo este considerado um animal sagrado, sendo tendencialmente vegetarianos. O senhor não apresenta disfagia mantendo a via oral. Numa perspetiva de final de vida, a alimentação por sonda nasogástrica ou por via parentérica é considerado um cuidado muito agressivo, indo contra o pensamento tradicional hindu, estando assim os cuidados de conforto em linha com o pensamento hindu (Thrane, 2010).

Relativamente ao contexto socio-cultural foi respeitado a cultura hindu, as refeições eram realizadas junto da família e com o apoio desta, como era habitual antes do internamento, sendo estas medidas implementadas para proporcionar o maior conforto ao senhor M.

NHF Respirar: Dispneia relacionado com as mobilizações, principalmente com os levantes.

A dispneia é um sintoma muito frequente nos doentes em fim de vida e tende a ser mais prevalente com a progressão da doença. De acordo com Barbosa & Neto (2010) vários estudos referem uma incidência entre a população de doentes com cancro avançado perto dos 90%, sendo um sintoma particularmente perturbador e angustiante que pode resultar num grande sofrimento para o doente e para a sua família. Esta é definida por uma sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória.

Sendo esta uma sensação subjetiva, foi utilizada a escala numérica, onde 0 seria sem dispneia e 10 a pior dispneia possível, tendo o senhor M. atribuído 5.

Para atingir o alívio físico foi realizada a alteração da terapêutica, tendo sido administrado sempre que necessário a medicação de resgate instituída (Brometo de Ipatrónio 3 puff's e/ou morfina 1,25mg subcutâneo) com melhoria significativa, geralmente quinze minutos após a administração. De acordo com Ramymond et al (2010) a utilização de opióides fortes na dispneia é uma medida a considerar, sendo a dose recomendada de acordo com a intensidade e com o esquema terapêutico prévio. Não foi utilizada a oxigénoterapia por esta não estar relacionada com hipoxia,

apresentando o senhor saturações de oxigénio periféricas de 90-92%, não estando esta medida recomendada (Bonk, 2012).

Foi posicionado com ajuda total, diminuindo o esforço físico do senhor, bem como foi minimizada a ansiedade provocada pela dificuldade que este apresentava nas mobilizações. Assim os posicionamentos aliviam o desconforto da posição anterior, bem como permitiam a expansão do pulmão, diminuindo o trabalho respiratório. Foi ainda incentivado na realização de uma respiração com os lábios semicerrados, que melhorou a sensação de dispneia, sendo estas medidas não farmacológicas recomendadas diminuindo a ansiedade e proporcionando conforto (Corcoran, 2013).

Para que o senhor fica-se mais tranquilo foi adaptado o ambiente, sendo quarto mais ventilado, as janelas abertas, sem ruídos ou luzes que provocassem mais ansiedade ao senhor M. ou à sua família.

Foi prestado apoio emocional ao senhor e sua família, abordando temas como o final de vida e morte, desmistificados preconceitos e esclarecidas dúvidas, foi discutido o objetivo dos cuidados e ponderado os benefícios e malefícios destes. Foi encorajada a expressão de emoções, mantendo uma escuta ativa e respeitando os silêncios, o choro, sendo garantindo que todas as medidas de conforto serão asseguradas e demonstrada a total disponibilidade da equipa multidisciplinar. Ao longo do internamento foi clara a diminuição da ansiedade do senhor M. e da sua família, aumentando a confiança na equipa de saúde. Assim, foi atingido a transcendência, onde de acordo com Kolcaba (2003) podem ser outorgados e reforçados ensinamentos que contribuam para a pessoa tomar consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença.

NHF Mover-se e manter uma postura correta. Vestir e despir. Estar limpo e proteger os tegumentos. Manter a temperatura dentro dos limites normais. Eliminar. Evitar os perigos. Deficit de tónus muscular, derivado a debilidade provocada pela doença.

No início do internamento o senhor M. gostava de alternar períodos em que se encontrava no cadeirão com períodos de repouso no leito. Assim para implementar medidas que proporcionassem tranquilidade e transcendência a nível psicológico e social, eram realizados levantes com ajuda total para o cadeirão, posicionando junto à janela a seu pedido sendo uma forma segundo este de manter o contacto com o

exterior, normalmente no período da manhã, perto da hora de almoço, ficando o senhor confortável. Após o almoço e mediante o seu pedido era reconduzido ao leito, sendo posicionado e massajado sempre que necessário.

Porém, com o agravamento da doença, e o cansaço fácil o levante já não era tolerável para o senhor M., sendo assim posicionado e massajado sempre que necessário. Apresenta um alto risco de desenvolver úlceras de pressão, de acordo com a avaliação realizada recorrendo a escala de Braden (Anexo VI), com score 11. Quanto ao risco de queda, segundo a escala de Morse (Anexo VII), apresenta um moderado risco, com score 35. Relativamente a avaliação da independência funcional e mobilidade, utilizando a escala modificada de Barthel (Anexo VIII), o senhor M. apresenta uma dependência severa, obtendo um score 0.

Quanto aos cuidados de higiene são realizados no leito, com ajuda total e sempre que possível tendo a colaboração da esposa, ficando assim mais confortável. Estes cuidados eram realizados nos dias em que o senhor desejava realiza-los e à hora que mais conveniente lhe era, normalmente às 15h00. Era-lhe proporcionada a possibilidade de vestir o seu próprio pijama, sendo-lhe aplicado o seu creme hidratante, o seu perfume, personalizando assim os cuidados e aumentando o conforto do senhor M.

Quanto à eliminação, no início do internamento o senhor urinava no urinol, sentando-se com ajuda na beira do leito, porém com o agravamento a doença, o facto de sentar para urinar era provocador de dispneia. Para que tal fosse evitado, promovendo o alívio físico do senhor foi-lhe proposto a utilização de um dispositivo urinário externo. Assim, era evitado o desconforto do levante, bem como o sentir-se com uma fralda molhada. No que diz respeito à eliminação intestinal, o senhor não evacuou durante quatro dias. De acordo com Barbosa e Neto (2010) a obstipação é um sintoma muito frequente nos doentes oncológicos, sendo uma das causas, a utilização de opióides. Como este não era um sintoma desconfortável para o senhor M., não apresentando o abdómen distendido ou timpanizado, não foram implementadas medidas neste sentido, tendo o senhor ao quinto dia evacuado fezes pastosas, acastanhadas em moderada quantidade.

NHF Dormir e repousar: O senhor refere insónia durante o período noturno, dormindo por curtos períodos e despertando com facilidade, o que posteriormente se traduz numa sonolência diurna.

Cerca de 70% das pessoas em fim de vida referem insónia, sendo uma causa de desconforto para estes (Barbosa e Neto, 2010).

De forma a aliviar esta necessidade foi prescrito um indutor do sono que o ajudou a descansar. Para além da intervenção farmacológica outras medidas de conforto foram implementadas.

Assim de forma a promover a tranquilidade foi providenciado um ambiente sereno, mantendo música ambiente escolhida pelo senhor, as luzes eram diminuídas de acordo com a vontade deste e apagadas quanto adormecia, sendo evitado estímulos e interrupções do sono devido à medicação ou ruídos. O quarto encontrava-se decorado com objetos pessoais, que tentavam replicar o ambiente de casa e na sua cama tinha sempre duas almofadas das suas filhas. A colocação da campinha junto do senhor M. transmitia-lhe segurança, sabendo que se precisa-se de alguma coisa bastava tocar. A esposa pernoitava sempre ao longo do internamento, sendo assim um suporte psico-emocional lendo-lhe normalmente um livro uma vez que era hábito deste senhor fazê-lo no domicílio e não tendo capacidade física de o realizar no internamento, a esposa mantinha este hábito. O apoio e a disponibilidade demonstrado pela equipa multidisciplinar, nomeadamente pelos enfermeiros foram medidas consideradas fundamentais pelo senhor e sua esposa como promotoras de conforto. Desta forma, foram proporcionadas medidas de conforto ao nível dos três estados alívio, tranquilidade e transcendência, tendo em conta os quatro contextos, físico, psicológico, socio-cultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

NHF Agir segundo as suas crenças: Preocupação com o futuro e interrupção do projeto de vida.

O enfermeiro é fundamental para a satisfação das necessidades espirituais, se respeitar o seu doente como um ser espiritual, facilitar a sua expressão, ter uma escuta ativa e intervenções religiosas e não religiosas. Existe uma tendência na obtenção de resultados positivos, como gestos de gratidão ou estados relaxados, com as necessidades espirituais satisfeitas. Também os enfermeiros apresentam graus de satisfação com o envolvimento pessoal em cuidados espirituais (Narayanasamy, et al, 2004).

O senhor M. é hindu, de forma a responder às necessidades deste e da sua família, foram aprofundados conhecimentos, para que fosse possível individualizar os cuidados prestados.

O hinduísmo considera a morte como uma transição para uma outra vida pela reencarnação. O sofrimento pode ser explicado pelo karma do passado e as pessoas desapegam-se dos bens materiais e emocionais preparando a morte através da oração, leitura das escrituras e meditação. A boa morte é abordada de uma perspetiva positiva, sem apreensão. A crença na reencarnação dá um grande conforto às pessoas em fim de vida e suas famílias, uma vez que acreditam que o seu familiar vai renascer para uma vida nova (Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti, 2013).

Esta crença ajudou o senhor M. e a sua família a encarar a doença e o prognóstico de forma mais tranquila, sendo uma forma de conforto transcendente. O facto de ser um homem novo foi sendo ultrapassada pela sua fé e aliviada tendo o senhor consciência que teve uma vida feliz e preenchida, a sua família irá ficar economicamente confortável e a sua esposa e filhas terão todo o apoio da restante família. Segundo Thrane (2010) a morte é o cumprimento desta vida e uma oportunidade para uma reencarnação melhor e uma oportunidade de aprender novas lições kármicas. Os hindus acreditam que a morte deve ocorrer naturalmente, não devendo a vida ser prolongada através de medidas agressivas infrutíferas. O prolongamento da vida desta forma resultaria na alma ficar presa na terra ao invés de ser libertada para níveis mentais e astrais superiores.

O senhor tinha no seu quarto imagens, livros e estátuas, orando e meditando normalmente da parte da manhã num ambiente sereno. De acordo com Thrane (2010) a adoração diária, chamado puja, inclui oração e meditação muitas vezes realizada em família no nascer do sol, tendo normalmente um local transformado em altar com as imagens das divindades escolhidas.

O senhor M. teve também a visita de ministros religiosos, sendo ecoados cânticos, realizadas orações, e ficando o senhor com mais imagens religiosas na mesa-de-cabeceira e por baixo da almofada e livros religiosos que a esposa lhe vai lendo. Assim foi proporcionado conforto a nível da tranquilidade e transcendência, tendo em conta os quatro contextos, físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental.

De acordo com Kolcaba (2003), a avaliação dos resultados, é obtido pelo nível de conforto em que a pessoa se encontra, sendo indispensável ouvir o doente relativamente à melhoria do seu estado, ou o evidenciar através de atitudes e expressões e se necessário planear ou implementar novas intervenções de enfermagem intencionalmente dirigidas ao conforto.

De acordo com o já referido foi possível perceber que tanto do senhor M. como a sua família foram envolvidos nos cuidados, foram ouvidos, valorizando as suas crenças e valores, a sua cultura, a sua religião, bem como os medos e as expectativas, respondendo desta forma às suas necessidades, personalizando os cuidados de forma a lhes proporcionar o maior conforto. Segundo (McCormack, 2003), para que os cuidados sejam direccionados à individualidade do doente é necessário ter em conta as crenças e valores, estabelecendo-se uma interação baseada na confiança, compreensão e partilha de conhecimento.

O senhor M., bem como a sua família apontaram como mais-valias nas medidas de conforto implementadas o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, valorizando as suas preferências individuais, tendo horários flexíveis e a qualidade da comunicação e relação interpessoal. Assim é possível concluir que a abordagem centrada no doente e sua família, aumenta a satisfação destes relativamente aos cuidados de enfermagem (McCormack, 2003, Finfgeld-Connett, 2008 e Koukkanen & Leino-Kilpi 1999).

6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2011), existem níveis de prestação de cuidados de saúde, primários, secundários e terciários.

Os cuidados de saúde primários foram primordiais na coordenação e integração do senhor M. no hospital onde me encontro a realizar o ensino clínico II, tendo sido eles o primeiro contacto do senhor com as instituições de saúde, realizando aí os primeiros exames complementares de diagnóstico e posterior encaminhamento para os cuidados de saúde secundários.

Por sua vez os cuidados secundários ou hospitalares, segundo a mesma entidade podem ser definidos como o conjunto de atividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar e realizadas a doentes em fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. Assim, o senhor M. é seguido no hospital de ensino clínico II desde de 2010, tendo sido submetido a vários exames complementares de diagnóstico,

cirurgias, quimioterapia, com necessidade de internamento e seguimento em consulta de especialidade de oncologia.

Posteriormente, o senhor foi encaminhado para a unidade de cuidados paliativos do mesmo hospital onde de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2014), encontra-se no nível III, ou seja, para além de prestar estes cuidados numa unidade de internamento próprio, por equipas diferenciadas e que garantem disponibilidade e apoio durante 24 horas, são prestados por equipas multidisciplinares com formação diferenciada em cuidados paliativos e que, para além de médicos e enfermeiros, incluem técnicos indispensáveis à prestação de um apoio global, nomeadamente nas áreas social, psicológica e espiritual. Para além disto desenvolvem programas estruturados e regulares de formação especializada, desenvolvem atividades regulares de investigação nesta área e possuem equipas multidisciplinares alargadas, com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade em matéria de cuidados paliativos, assumindo-se como unidades de referência. Nesta unidade foram implementadas as medidas de conforto acima mencionadas, indo ao encontro da individualidade do senhor M. e da sua família, respondendo às suas necessidades, e aumentando a satisfação destes e dos profissionais de saúde. O senhor faleceu no dia 10/11/2015, tendo a oportunidade de se despedir das filhas e acompanhado pela sua família, de forma serena e tranquila, não apresentando esgar de dor ou qualquer outro desconforto visível. Foi respeitada a sua cultura e religião, onde segundo Thrane (2010) a morte ocorre com o doente cercado pela sua família, que cantam hinos sagrados, orações e o mantra ao ouvido direito do doente e a cabeça deste deve ser elevada para leste. Após a morte foi colocada cinza sagrada na testa do senhor M. e aplicada algumas gotas de água sagrada na sua boca, sendo o rosto de todas as imagens das divindades voltadas para a parede, de acordo com o ritual cultural religioso negociado pela família.

7. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho proporcionou-me a possibilidade de contactar com uma pessoa com doença oncológica em fim de vida, impelindo-me a refletir sobre as necessidades desta e da sua família, implementando medidas de conforto que Kolcaba (2003), define como intervenções de enfermagem concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa.

Para que tal fosse possível, foi necessário mobilizar recursos, conhecimentos, capacidades, adquirindo competências para dar respostas de qualidade, tendo em conta a abrangência e a complexidade do doente e sua família, sendo que de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Este caso em particular ilustra a importância da avaliação dos fatores culturais e espirituais em cuidados paliativos, bem como a importância da comunicação para garantir os melhores cuidados. Segundo Narayanasamy et al (2004), o enfermeiro tem um papel fundamental na satisfação das necessidades espirituais, se respeitar o doente como um ser espiritual, tendo uma escuta ativa, facilitando a sua expressão e proporcionar intervenções religiosas e não religiosas. Assim, a abordagem centrada na pessoa, no decorrer da interação com o senhor M. e sua família, foram essenciais para o desenvolvimento de competências comunicacionais, de apoio psico-emocional e de relação de ajuda, definidas na Oncology Nursing Society. (2013).

Concomitantemente, levou-me a adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2011), referindo que este deverá cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar conforto e qualidade de vida, bem como facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Tendo em conta as crenças e valores do senhor M. e como este encarava a vida e a morte, termino com uma frase de Sócrates, importante na reflexão deste caso

“quando a morte se aproxima do homem, o que nele existe de mortal
desagrada-se, o que nele há de imortal e de incorruptível, retira-se intacto”

(Sócrates)

8. BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursin Forum*. 38. (3). 229-239.
- Bonk, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 39 (3). 257-260.
- Cerullo, J., Cruz, D. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 18. (1). 1-6.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Estudo sobre a organização e desempenho das unidades locais de saúde – Relatório Preliminar. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_Cp_Circular_Normativa_\(DGS_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_Cp_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf). Acedido a 20 de Novembro de 2015.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative Comparison and Synthesis of Nursing Presence and Caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 19. (3). 111-119.
- Granda-Cameron, C., DeMille, D., Lynch, M.P., Huntzinger, C., Alcorn, T., Levicoff, C.R & Mintzer, D. (2010). An Interdisciplinary Approach to Manage Cancer Cachexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14. (1). 72-80.
- Goldsmith, J., Ferrell, B., Wittenberg-Lyles, E. & Ragan, S. (2013). Palliative Care Communication in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17. (2). 163-167
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomis structure for the concept comfort. *Imagem*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort. *Image*. 23. (4). 237-240.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.

- Kuokkanen, L. & Leino-kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 31. (1). 235-241.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 9. 202-209.
- Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Fusco, F... Porzio, G. (2015). Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 23. 3249– 3255.
- Narayanasamy, A. et al. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 48. (1). 6-16.
- Neto, I.G. (2003). A Conferencia familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 19. 68-74.
- Oncology Nursing Society. (2013). Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papathanasiou, I., Sklavou, M. & Kourkouta. L. (2013). Holistic nursing care: theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*. 2 (1), 1-5.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Raymond, V.; Bak, K.; Kiteley, C.; Martelli-Reid, L.; Poling, M.; Cameron, A.; Maddison, G.; Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canadá: Cancer Care Ontario.
- Sharma, H., Jagdish, V., Anusha, P. & Bharti, S. (2013). End-of-life care: Indian perspective. *Indian J Psychiatry*. 55. 293-298.
- Thrane, S. (2010). Hindu End of Life: Death, Dying, Suffering, and Karma. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 12. (6). 337-342.

9. ANEXOS

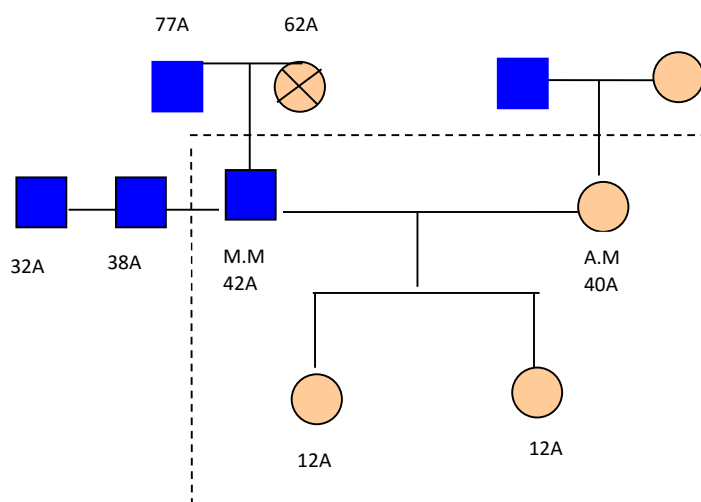
ANEXO I - Graffar adaptado

O senhor M. é considerado o chefe de família, é licenciado, exercendo economia até este ano altura que começa a agravar o seu estado clínico. A sua esposa é secretária, exercendo a sua atividade profissional até este ano, altura em que colocou licença de forma a dar apoio ao seu marido. Através destes dados será analisada esta escala.

- Profissão: Economista (1 ponto);
- Instrução: Licenciatura (1 ponto)
- Origem do rendimento familiar: Vencimentos certos (3 pontos)
- Tipo de habitação: Espaçoso e confortável (2 pontos)
- Local de residência: Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservadas (2 pontos)

O resultado é 9 pontos, que corresponde a **classe I - alta**

ANEXO II – Genograma



Legenda:

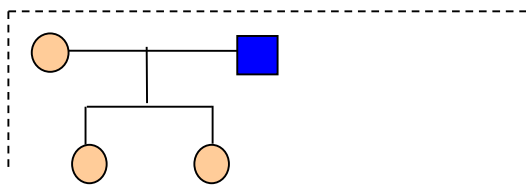
○ Mulher

■ Homem

// Separação

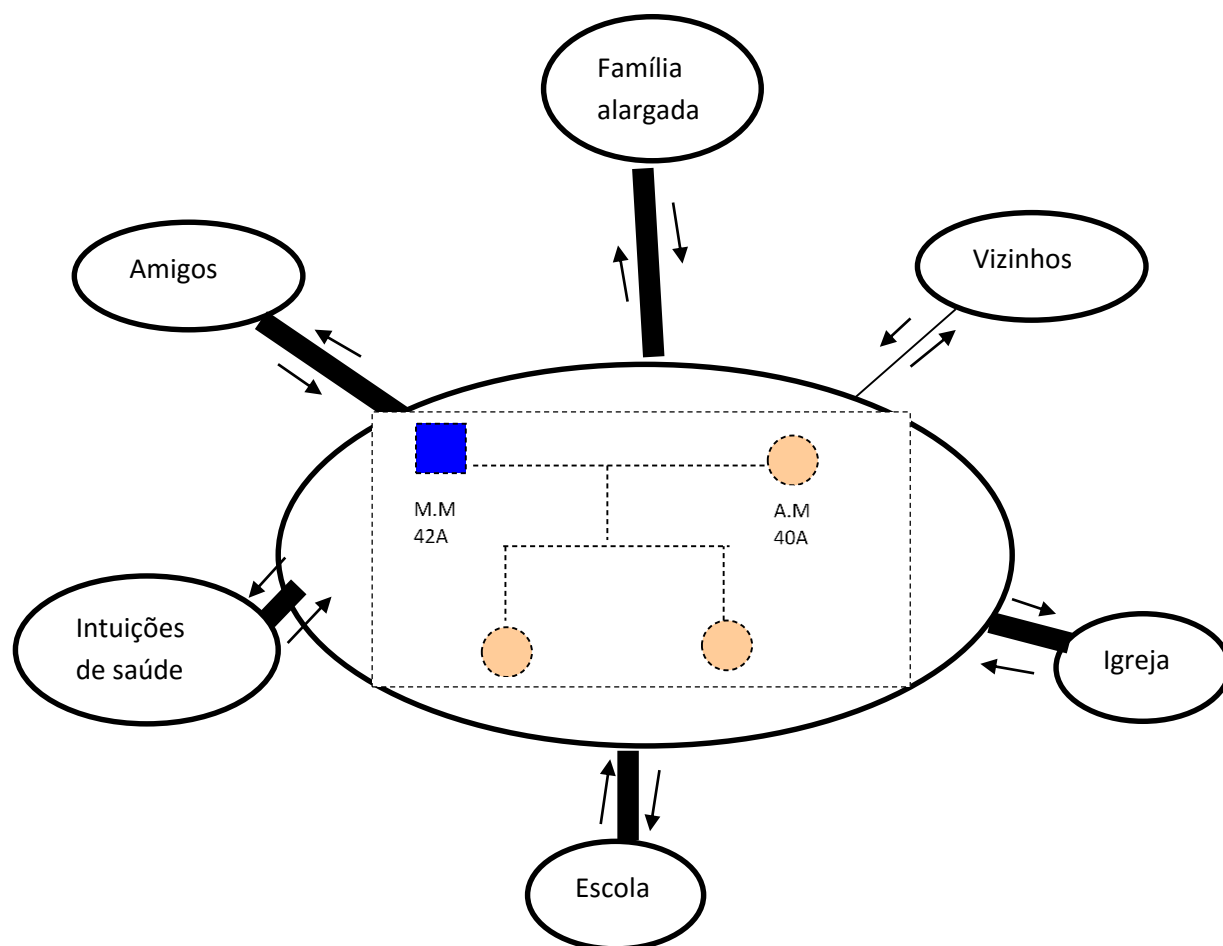
⊗ ⊠ Óbito

■ — ○ Casamento



Agregado Familiar

ANEXO III – Ecomapa



Legenda

- Relação forte
- Relação ténue
- \longleftrightarrow Gerador de *stress*
- \nrightarrow Vínculos negativos
- \longleftrightarrow Sentido do fluxo de energia

ANEXO IV - ESAS

Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

ANEXO V - Escala de resultados ou desempenho de Karnofsky

100	Totalmente ativo, normal	Sem queixas; sem evidência doença
90	Restrições leves em atividades físicas vigorosas	Atividade normal; sinais ou sintomas da doença leves
80	Ativo, mas cansa mais rápido	Atividade normal com esforço; alguns sinais ou sintomas da doença
70	Grandes restrições e tempo menor nas atividades físicas	Cuida-se; incapaz de exercer atividades normais ou de fazer trabalho ativo
60	Em pé e caminhando, mas mínima atividade; ocupa-se com atividades mais calmas	Necessita de assistência ocasional, mas tem capacidade de se cuidar para muitas necessidades pessoais
50	Veste-se, mas fica muito deitado durante o dia; capaz de participar em todas as atividades calmas	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes; atividades calmas
40	Maior parte na cama; participa de atividades calmas	Incapacitado; necessita de cuidado e assistência especiais
30	Na cama; necessita de assistência mesmo para atividades calmas	Gravemente incapacitado; é indicada internação embora a morte não seja iminente
20	Dorme com frequência; atividades passivas	Muito doente; necessária internação; necessário tratamento de suporte ativo
10	Sem atividade; não deixa a cama	Moribundo
0	Não responsivo	Morto

ANEXO VI – Escala de Braden

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se esquivia) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comando verbal. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1- Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2- Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3- Levemente Limitado: Faz freqüentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e freqüentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/4 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levantar-se ou erguer-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando freqüentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasmodicidade, contratura ou apatiação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega.	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

ANEXO VII – Escala de Morse

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

ANEXO VIII – Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	
0	

Apêndice XI: Planos de sessões de formação no serviço de Cirurgia Geral

Plano de sessão: Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida, em Internamento Hospitalar de Cirurgia – Apresentação do Projeto de Intervenção

Data: 26/27/28 de Janeiro de 2016

Hora: 8h30

Local: Sala de Reuniões do serviço de Cirurgia Geral

Objetivo Geral: Apresentação do Projeto de Intervenção à equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral

Objetivos Específicos: Sensibilizar a equipa de enfermagem para a temática do controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida; Melhorar os conhecimentos e consequentemente a segurança da equipa de enfermagem nas medidas de conforto desenvolvidas ao doente em fim de vida; Melhorar a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida através da promoção do seu conforto.

	Conteúdos programáticos	Metodologia	Meios e Recursos	Tempo previsto
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Objetivos da sessão de formação;• Diagnóstico da problemática;• Definição de pessoa em fim de vida;• Apresentação da teoria em que se sustenta o projeto;• Definição de <i>cluster</i> de sintomas.	Expositiva	PowerPoint	5 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Recomendações no controlo da dor oncológica;• Titulação e rotação de opióides;	Expositiva Demonstrativa	PowerPoint	10 Minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de efeitos secundários; • Medidas não farmacológicas; • Recomendações no controlo da dispneia; • Estabelecimento de parcerias; • Colaboração da equipa de enfermagem na implementação do projeto; 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão 	Expositiva Participativa	PowerPoint	5 Minutos

Plano de sessão: Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em Fim de Vida, em Internamento Hospitalar de Cirurgia – Apresentação das Linhas Orientadoras de Boa Prática

Data: 04/05/08 de Fevereiro de 2016

Hora: 8h30

Local: Sala de Reuniões do serviço de Cirurgia Geral

Objetivo Geral: Contribuir para a otimização das práticas de enfermagem no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica no serviço de Cirurgia Geral

Objetivos Específicos: Melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral, sobre as recomendações para a avaliação, tratamento, monitorização e vigilância da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida; Aumentar o conforto das pessoas com doença oncológica em fim de vida, internadas no serviço de Cirurgia Geral, com a implementação das medidas de conforto recomendadas no controlo da dor e dispneia.

	Conteúdos programáticos	Metodologia	Meios e Recursos	Tempo previsto
Introdução	<ul style="list-style-type: none">• Objetivos da sessão de formação;	Expositiva	PowerPoint	2 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none">• Prevalência da dor oncológica;• Recomendações na avaliação da dor oncológica;• Objetivos da avaliação da dor;• Escalas de auto e heteroavaliação;• Princípios gerais do tratamento da dor oncológica;	Expositiva Demonstrativa	PowerPoint	16 Minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações no tratamento da dor ligeira, moderada e intensa; • Dor irruptiva, neuropática e óssea; • Vias de administração; • Recomendações no tratamento não farmacológico da dor oncológica; • Avaliação da dispneia; • Recomendações no tratamento farmacológico da dispneia ligeira, moderada e intensa; • Recomendações no tratamento não farmacológico da dispneia 			
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da sessão 	Expositiva Participativa	PowerPoint	2 Minutos

Apêndice XII- Primeira sessão de formação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FIM DE VIDA, EM INTERNAMENTO HOSPITALAR DE CIRURGIA

Docente: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:

Discente: Carla Anjos Nº 88

Lisboa, Janeiro, 2016

Plano de Sessão

- Diagnóstico da problemática;
- Definição de pessoa em fim de vida;
- Teoria do Conforto de Kolcaba
- Definição de Cluster de sintomas;
- Recomendações no controlo da dor oncológica (Avaliação, medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas, gestão de efeitos secundários);
- Recomendações no controlo da dispneia (Avaliação, medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas);
- Parcerias estabelecidas;
- Colaboração da equipa de enfermagem na implementação do projeto;
- Notas finais;
- Bibliografia.



Objetivos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral para a temática do controlo sintomático, nomeadamente na dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida;
- Melhorar os conhecimentos e consequentemente a segurança da equipa de enfermagem nas medidas de conforto desenvolvidas ao doente em fim de vida;
- Melhorar a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida através da promoção do seu conforto.

Diagnóstico da Problemática

- Auscultação das necessidades da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral do Os cuidados paliativos destacaram-se como área de interesse e dentro desta o controlo da dor e dispneia revelaram-se como os sintomas onde existiam maiores dificuldades na implementação de intervenções.

- Consulta de 10 processos clínicos sobre os registos da dor e dispneia:

▪ 1 processo descrevia a história de dor do doente	▪ Avaliada apenas a intensidade, sem registo da localização, irradiação, frequência, tipo duração e padrão, fatores de alívio e exacerbação, resposta a medicação analgésica interferência nas atividades de vida diária.	▪ 3 processos estão descritas as escalas de avaliação
▪ Avaliação da dor encontrava-se descrita 1 vez/turno	▪ Incongruência nos registos	▪ Nenhum se encontra descritas medidas não farmacológicas

- A **dispneia** encontra-se registada em dois processos clínicos, não havendo registo do grau de severidade, como despoletou, quais as medidas não farmacológicas utilizadas, porém as medidas farmacológicas como o uso de broncodilatadores e benzodiazepinas encontra-se registado.

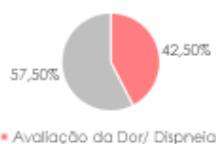
Diagnóstico da Problemática

- Foram analisados 23 processos de pessoas com doença oncológica internadas no serviço de cirurgia geral analisadas entre Julho e Outubro de 2015.
- 17 pessoas (74,3%) apresentavam como um dos sintomas que lhe causavam desconforto a dor;
- 5 pessoas (21,4%) referiram a dispneia, como um sintoma angustiante;
- Em 63% a dor é classificada como ligeira, em 77% com moderada e em 68% como intensa;
- 5 casos (26%) houve reavaliação da dor após intervenção;
- 82,3% da terapêutica foi prescrita por via endovenosa, 17,7% por via oral;
- Dos processos analisados não houve prescrição terapêutica por via subcutânea;
- Não houve referência para a consulta de dor crónica em nenhum dos casos;
- 3 pessoas (13%) houve referência para a EIHSCP.



Diagnóstico da Problemática

- Realizada uma sondagem de opinião aos enfermeiros sobre as principais dificuldades sentidas na implementação de medidas de conforto à pessoa em fim de vida com dor/ dispneia:



Pessoa em Fim de Vida

- A presença de uma doença ou sintomas crónicos ou de incapacidade funcional persistente;
- Necessita de cuidados formais ou informais e que conduzem à morte;
- Corresponde ao último ano de vida.

National Institutes for Health e o National Institutes for Health do Reino Unido citado por Ferreira, Antunes, Pinto & Gomes (2012, p. 65)

De forma a dar a melhor resposta às necessidades destas pessoas...

Teoria de Kolcaba

- **Conforto**- fundamental nos cuidados de enfermagem, e é reconhecido como um resultado holístico (Kolcaba, 2003).
- Vai ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos, sendo o enfermeiro fundamental para a avaliação das necessidades de conforto dos doente, famílias e comunidades, criando medidas de conforto que respondam a essas mesmas necessidades reavaliando o nível de conforto após a implementação dessas medidas (Kolcaba, 2003,p.68).



Cluster de Sintomas

- A definição comumente usada é a de dois ou mais sintomas simultâneos e interrelacionados, com alta probabilidade de ocorrer, sendo encontrados entre doentes com as mesmas características ou situações clínicas (Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010, p. 1013)

Dor

- Segundo o PNLCD (2008, p. 6) citando a IASP, define-se como "uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão". Assim a dor afeta a pessoa na sua globalidade, devendo a sua abordagem ser multidimensional, tendo em conta não só os aspetos sensoriais mas as implicações psicológicas, sociais e culturais.
- Por ano mais de 570.000 pessoas morrem de cancro e mais de 70% terá a dor como um sintoma no final da vida (Palce, 2011, p. 176).
- Em mais de 90% dos casos é possível aliviar este sintoma, utilizando métodos simples de avaliação da dor e utilizando corretamente a medicação (Marques, 2003, p. 23, citando a OMS)



Recomendações no Controlo da Dor Oncológica



O enfermeiro tem um papel fundamental!!!

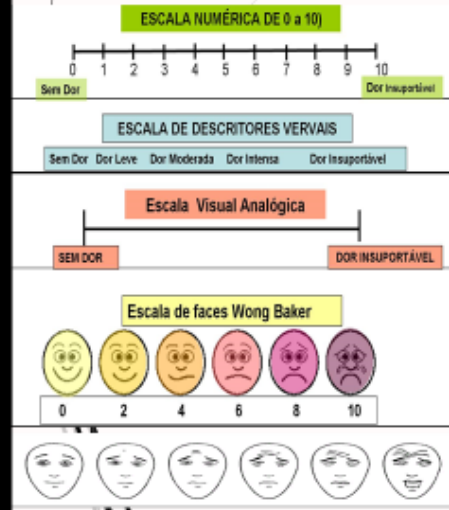
- A sistematização da avaliação e o registo dos dados é fundamental para a deteção da dor;
- Se a dor não for identificada e descrita não pode ser tratada;
- Os dados da avaliação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e a avaliação dos tratamentos prescritos



A avaliação eficaz é um fator chave para o seu adequado tratamento (Fielding, Sanford, Davis, 2013, p. 585, Ripamonti, Santini, Maranzano, Betti & Rolia, 2012, p. 139-141).

Recomendações no Controlo da Dor Oncológica

Escalas Mais Utilizadas



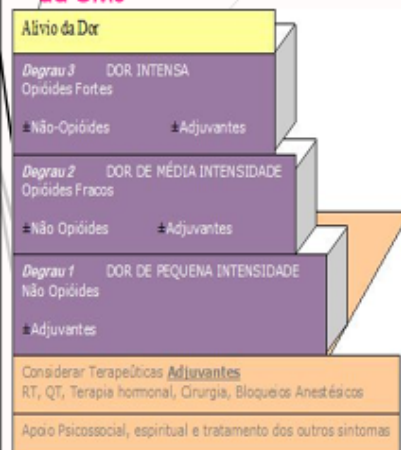
- Privilegiar o autorrelato;
- Avaliar se a pessoa realiza ou já realizou tratamentos oncológicos (quimioterapia, radioterapia, cirurgia) e se existem outras comorbidades;
- Avaliar a existência de comportamentos aditivos

(Fielding, Sanford, Davis, 2013, p. 585; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Rolia, 2012, p. 139-141).

O enfermeiro sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, pela sua formação e pela sua observação e interação permanente com este tem um papel fundamental no controlo da dor na pessoa com doença oncológica em fim de vida, (Fielding, Sanford, Davis, 2013p. 585)

Recomendações no Controlo da Dor Oncológica

Escala Analgésica da OMS



- Orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica;
- Permite flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau da escada;
- Incorpora tratamentos antineoplásicos, terapia analgésica sistémica e outras medidas não invasivas como intervenções psicológicas ou de reabilitação
- **1º Degráu** – Tratamento da Dor Ligeira (EN 1-3): Anti-Inflamatórios não esteroides e outros analgésicos como paracetamol e metamizol de magnésio;
- **2º Degráu** – Tratamento da Dor Moderada (EN 4-7): opióides fracos como a codeína e o tramadol;
- **3º Degráu** – Tratamento da Dor Intensa (EN 8-10): opióides fortes como a morfina, buprenorfina ou o fentanilo

Em qualquer destes degraus pode-se adicionar medicamentos adjuvantes como antidepressivos, anti convulsivantes ou outros

Fielding, Sanford, Davis (2013, p. 589) Polce & Ferrell (2011, p.167), Caraceni et al. (2012, p.69) e Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Rolia (2012, p. 147).

Titulação de opióides

- As doses iniciais de opióides podem não ser eficazes, a doença pode progredir, ou pode-se desenvolver uma tolerância a uma dose estável ao longo do tempo, existindo assim, necessidade de titulação.
- Na prática comum utilizam-se opióides com uma semi-vida curta, como a morfina por exemplo. (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, p. 905; Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Raita, 2012, p. 141; Caraceni et al., 2012, p.59)

Rotação de opióides

- É o termo dado na prática clínica para substituir um opióide do terceiro degrau da escada analgésica por outro quando não existe um equilíbrio satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos adversos.
- As taxas de sucesso de rotação de opióides no controlo da dor variam entre 40% a 80%.

(Caraceni et al, 2012, p.60; Dale, Moksnes & Kaasa, 2010, p. 494 e Paice & Ferrell, 2011, p.168)

Gestão de Efeitos Secundários

- Os analgésicos opióides e não opióides fornecem significativos benefícios no tratamento da dor oncológica, porém não são dissociados de efeitos secundários, principalmente quando usados a longo prazo, tais como náuseas, vômitos, obstipação ou toxicidade do sistema nervoso central, sendo necessário a sua monitorização periódica.

Náuseas e vômitos

Ocorrem em cerca de 40% dos doentes oncológicos sem história de náuseas e vômitos. É recomendado medicação antipaminérgica, como haloperidol (0.1 a 1mg oral de 6-8 horas), ou antieméticos como a metoclopramida (10-15mg por via oral de 6-8 horas).+

Obstipação

É um efeito secundário esperado dos opióides que provoca grande desconforto e pode colocar em causa a adesão ao regime terapêutico. Existe um consenso na recomendação da administração por rotina de laxantes por profilaxia.

Toxicidade do sistema nervoso central

Frequente a sonolência, alucinações, confusão, mioclonias. Podem dever-se à acumulação de metabolitos tóxicos no organismo, podendo ser resolvidos com a rotação do opióide, a redução da dose ou a mudança da via de administração

Medidas não Farmacológicas



(Chapman, 2012, p.45; Polce & Ferrell, 2011, p.171; Pathmawathi, Beng, Rosli, Shawendi, Kavitha & Christopher, 2015, p. 558 e OE, 2008, p.49)

Medidas não Farmacológicas

As medidas não farmacológicas podem favorecer a sensação da pessoa assumir o controlo, bem como dos seus cuidadores diminuindo significativamente a sensação de impotência, uma vez que também estão envolvidos no controlo da dor.

(Polce & Ferrell, 2011, p.173 e OE, 2008, p. 49).

Dispneia

- Sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória. Porém esta não se encontra sempre associada a hipoxia, podendo os doentes experimentarem hipoxia e dispneia em conjunto ou separadamente. A sua etiologia na fase final de vida é multifatorial variando desde fatores de natureza física a outros de natureza psíquica, social e espiritual (Barbosa & Neto, 2010, p. 193, Weingärtner, et al, 2015, 421, Corcoran, 2013, p. 438).
- Vários estudos referem uma incidência entre pessoas com doença oncológica de 50%, e em pessoas com cancro avançado, situa-se perto de 90% (Barbosa & Neto, 2010, p. 193, Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, 2012, p.996).



É recomendado o algoritmo, **O, P, Q, R, S, T, U, V**, que sugere algumas perguntas na avaliação, que poderão adaptados de acordo com cada doente.

Avaliação da Dispneia

- **Onset - Começo** – Quando é que começou? Quanto tempo dura? Quantas vezes ocorre?
- **Provoking / Palliating - Provocando/paliar** – O que provoca? O que o alivia? O que o exacerba?
- **Quality – Qualidade** – Qual é a sensação? Pode descrevê-la?
- **Region / Radiation – Região/Radiação** – Existem outros sintomas associados?
- **Severity- Gravidade** – Qual é a intensidade do sintoma (numa escala de 0 a 10)? Agora? Na melhor hipótese? Na pior hipótese? Em média? Como este sintoma o preocupa? Há algum outro sintoma (s) que acompanha este sintoma?
- **Treatment – Tratamento** – Realiza alguma medicação ou tratamento atualmente? Eles são eficazes? Existem efeitos adversos? No passado já tinha utilizado algum medicamento ou tratamento no alívio da dispneia?
- **Understanding / Impact on You – Entendimento/Impacto na sua vida** – O que pensa que está a causar este sintoma? Como este sintoma o está a afetar? E à sua família?
- **Values – Valores** – Qual é a sua meta para este sintoma? Qual é a sua meta de conforto ou nível aceitável para este sintoma (Numa escala de 0 a 10, sendo 0 nenhum e 10 o pior possível)? Existem outros pontos de vista ou sentimentos sobre este sintoma que são importantes para você ou sua família?

Raymond, et al (2010, p.3)

- É também recomendada a utilização de outros instrumentos de avaliação que incluam a dispneia, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e o Índice de Dispneia Modificado;
- Avaliar o estado psico-emocional e a existência de co-morbilidades

Oxigénio – Não existe evidência que demonstre benefício na administração de oxigénio em pessoas com doença oncológica em fim de vida com saturações periféricas de oxigénio superiores a 90% e hemoglobina superior a 10g/L.

- É recomendada em pessoas com doença oncológica que apresentem situações de hipoxemia, associada a hemoglobina inferior a 10g/L ou DPOC.
- Preferir a utilização de óculos nasais ao invés da máscara facial por poder causar uma sensação de claustrofobia e agravar a dispneia.

Opióides – Apesar da tradicional correlação sugerida entre opióides e depressão respiratória, foram demonstrados benefícios na utilização dos mesmos, independentemente da pessoa ser ou não virgem de opióides, titulando-se a dose para obter uma melhor resposta.

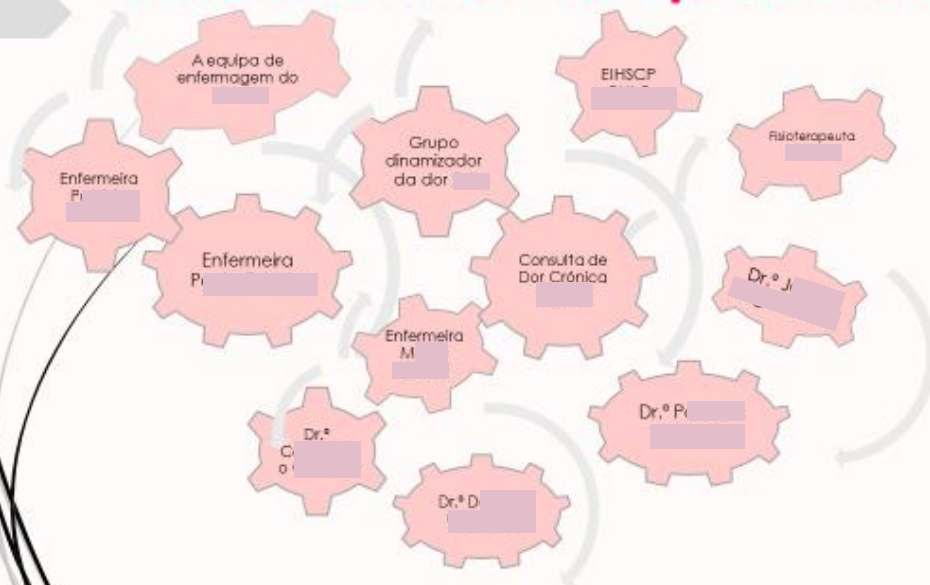
- Não foram encontrados efeitos adversos graves evidentes, como a depressão respiratória ou a sedação.

Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici & Stemmer, (2012, p.996), LeBlanc & Abernethy (2014, p. 991)

- O doente deve ser ensinado a conservar energia, priorizando atividades e o descanso para não piorar a dispneia.
- É recomendado o treino da respiração profunda diafragmática e respiração com os lábios semicerrados. Estas estratégias promovem a efetiva função pulmonar, sensação de relaxamento e redução da ansiedade.
- Posicionamentos com ajuda total ou parcial para reduzir o trabalho de respiração (descanso, recuperação, atividade).
- Ensino aos doentes para reconhecer fatores precipitantes;
- Disponibilizar aparelhos auxiliares de locomoção;
- Aumentar o fluxo de ar ambiente dirigido à face, tal como a utilização de uma ventoinha ou de um leque;
- Preferir as temperaturas frias;
- No final da vida, a sensação de ar a passar pela face pode reduzir a dispneia estimulando o nervo trigêmeo. A utilização de um leque ou de uma ventoinha pode melhorar a sensação de dificuldade respiratória.

NCCN (2011), Bonk (2012, p. 258) e Corcoran (2013, p. 439)

Estabelecimento de parcerias



Implementação do Projeto

➤ Colaboração da equipa de enfermagem:

- Referenciação de pessoas com doença oncológica em fim de vida com dor/dispneia para a enfermeira dinamizadora do projeto;
- Avaliação completa da dor/dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida;
- Implementação de medidas farmacológicas;
- Implementação de medidas não farmacológicas;
- Registo de todas as medidas de conforto implementadas no S-Clinico, bem como quais os resultados obtidos com estas, de forma a que os dados possam ser trabalhados e posterior aferição da aplicabilidade das linhas orientadoras no serviço de Cirurgia Geral.

Implementação
das linhas
orientadoras
propostas

Notas Finais

- Segundo a literatura, menos de 20% dos doentes que faleceram nos hospitais com idades compreendidas entre os 65 – 74anos, receberam cuidados paliativos;
- Existem fatores inerentes ao contexto hospitalar que dificultam o processo de interação entre enfermeiro e doente, como as rotinas, fragmentação da informação, a falta de continuidade de cuidados e a carga de trabalho atribuída a cada enfermeiro, constituindo assim, obstáculos à humanização e personalização dos cuidados
- A sistematização, avaliação e registo destes sintomas é fundamental para o seu adequado tratamento.
- O enfermeiro, sendo o profissional que mais tempo passa com o doente, tem um papel fundamental no controlo destes sintomas.
- A eficácia das intervenções farmacológicas poderá ser potenciada com a utilização em simultâneo das intervenções não farmacológicas, contribuindo para a redução da intensidade da dor, das suas exacerbações e da ansiedade, promovendo o aumento do conforto e bem-estar que constituem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Obrigada pela vossa atenção...

A minha dor é um convento. Há lírios
Dum roxo macerado de martírios,
Tão belos como nunca os viu ninguém!
Nesse triste
convento aonde eu moro,
E ninguém ouve...ninguém vê...ninguém...

Florbela Espanca (In Sonetos) (1903)

Bibliografia

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ben-Aharon, I., Gafter-Gvili, A., Leibovici, L. & Stemmer, S.M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*, 51, 996–1008.
- Bess, K., Vermool-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*, 2, 1–6.
- Bonk, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, (3), 257–260.
- Boveldt, N., Vermool-Dassen, M., Bess, K. & Engels, Y. (2014). Adaptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*, 23, 1409–1420.
- Buchanan, A., Geerling, J., & Davies, a. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*, 20, (3), 126–129.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M.J., Brinell, C., Cherny, N. ... Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58–68.
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*, 26, (47), 42–46.
- Cleeland, C.S. (2010). Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient-Reported Outcomes (ASCPRO): Searching for Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, (6), 1077–1085.
- Corcoran, J. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, (4), 438–440.
- Dale, O., Woksnes, K., & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*, 25, (5) 494–503.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <https://www.dgsp.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcor.aspx>. Acedido a 20 de Junho de 2015.
- Dong, S., Butow, P., Costa, D., Lovell, M., & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1–32.
- Enghar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brafrman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1–11.
- Felling, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19, (12), 584–591.
- Hart, J.C., Saltvedt, I., Fayers, P.M., Hjermstad, M.J., Loge, J.H. & Kaasa, S. (2007). Dolopius-2, a valid tool for behavioural pain assessment? *BMC Geriatrics*, 7, (29), 1–9.

Bibliografia

- LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12, (7), 989–992.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*, 5, (2), 301–304.
- McHugh, M.E., Miller-Sautz, D., Wuhman, E. & Kosharsky, B. (2012). Interventional pain management in the palliative care patient. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, (9), 426–433.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures. Lusociência.
- Morris, D. & Galicia-Castillo, M. (2015). Dying With Dyspnea in the Hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 26, 1–3.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*, 12, 7, 338–344.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M., Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefanik, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Rolia, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 23, (7), 39–54.
- Weingartner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Eywil, M.S., Prenzel, R., Otremba, B., Möhlenbrock, J., Bausewein, C., Higginson, I.J., Voltz, R., Herich, L. & Simon, S.T. (2013). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliative Medicine*, 29, (5) 420–428.
- Wengstrom, Y., Geerling, J. & Rustoen, T. (2013). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127–131.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43, (9), 896–909.

Apêndice XIII- Segunda sessão de formação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FIM DE VIDA, EM INTERNAMENTO HOSPITALAR DE CIRURGIA

Docente: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:

Discente: Carla Anjos Nº 88

Lisboa, Fevereiro, 2016

Plano de Sessão

- Recomendações na avaliação da dor oncológica;
- Princípios gerais no tratamento da dor oncológica;
- Recomendações no tratamento farmacológico da dor oncológica (fármacos e vias de administração);
- Recomendações no tratamento não farmacológico da dor oncológica
- Recomendações na avaliação da dispneia;
- Recomendações no tratamento farmacológico da dispneia;
- Recomendações no tratamento não farmacológico da dispneia;
- Notas finais;
- Bibliografia.

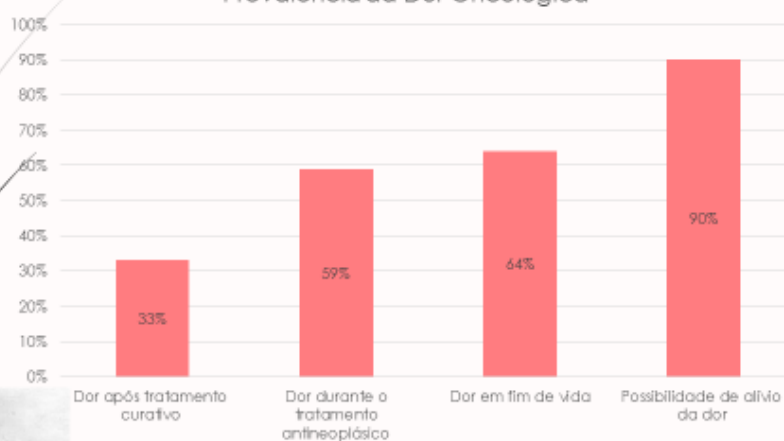


Objetivos

- Melhorar os conhecimentos da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia Geral, sobre as recomendações para a avaliação, tratamento, monitorização e vigilância da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida;
- Aumentar o conforto das pessoas com doença oncológica em fim de vida, internadas no serviço de Cirurgia Geral, com a implementação das medidas de conforto recomendadas no controlo da dor e dispneia.

Dor Oncológica

Prevalência da Dor Oncológica



Ripamonti, Sanfiri, Maranzano, Berti & Roila, 2012, p. 140



Recomendações para Avaliação da Dor Oncológica



Ripamonti, Sanfey, Maranzano, Berti & Roila, 2012, p. 140, NCCN (2014); Fielding, Sanford, Davis, 2013, p. 585

Recomendações para Avaliação da Dor Oncológica



Ripamonti, Sanfey, Maranzano, Berti & Roila, 2012, p. 140, NCCN (2014); Fielding, Sanford, Davis, 2013, p. 585

Objetivos da Avaliação da Dor Oncológica



- Identificar as consequências e limitações do quadro algico na pessoa;
- Determinar os elementos que contribuem para o síndrome doloroso;
- Orientar a escolha das medidas farmacológicas;
- Verificar o resultado das medidas de conforto implementadas.

Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Rolka, 2012, p. 140; Metzger, Müller, Schwetta & Walter, 2002, p. 160

Recomendações no Controlo da Dor Oncológica

Escalas Mais Utilizadas

Escala numérica



Vantagens: facilmente perceptível pelos doentes;
Facilmente aplicável;
Desvantagens: 2% dos doentes não são capazes de responder a esta escala

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Leve	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	----------	--------------	-------------	------------

Vantagens: facilmente perceptível;
Facilita a explicação das outras escalas;
Desvantagens: Subjetividade



Vantagens: não sugestiona o doente; é fidedigna;
Desvantagens: dificilmente perceptível em 20% dos doentes

Faces de Wong-Baker



Vantagens: quando não são aplicáveis ou perceptíveis as restantes escalas;
Desvantagens: pode refletir o estado emocional e não a dor

Faces Revista



Vantagens: menos infantilizada; ausência de lágrimas influenciando menos;
Desvantagens: pode continuar a refletir o estado emocional e não a dor

Metzger, Müller, Schwetta & Walter, 2002, p. 165 e DGS, 2008, p.2

Escalas de heteroavaliação

Escala BPS (Behavioral Pain Scale)

Expressão facial
Relaxada: 1
Parcialmente tensa: 2
Totalmente tensa: 3
Fazendo careta: 4

Movimentos dos membros superiores
Relaxado: 1
Parcialmente flexionado: 2
Totalmente flexionado: 3
Totalmente contraído: 4

Ventilação mecânica
Tolerando movimentos: 1
Tossindo, mas tolerando durante a maior parte do tempo: 2
Lutando contra ventilador: 3
Impossibilidade de controle do ventilador: 4

Vantagens: avalia a dor em doentes entubados, ventilados mecanicamente e incapazes de se autoavaliarem.

Desvantagens: Os fármacos sedativos e/ou relaxantes musculares, a condição física do doente, o uso de contenção física para segurança, influenciam a capacidade do doente exibir os movimentos dos membros

Batista, Figueiredo, Marques & Bizama (2013, p. 9)

Escala do observador

Parece sem Dor	Parece Confortável com os Movimentos	Parece Desconfortável	Parece Sofredor Consoante	Parece Sofredor Inconsoante
----------------	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------------

Vantagens: avaliação em doentes com alterações do estado de consciência ou com défices cognitivos

Desvantagens: pouco fidedigna

Escalas de heteroavaliação

ESCALA DOLORPLUS				
AVALIAÇÃO COMPLEXIVA DA DOR EM PESSOAS IDOSAS				
APLICADO	RESPOSTA	RESPOSTA	RESPOSTA	RESPOSTA
SERVICIO	RESPOSTA	RESPOSTA	RESPOSTA	RESPOSTA
RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS				
1. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
2. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
3. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
4. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
5. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
6. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
7. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
8. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
9. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
10. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
11. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
12. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
13. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
14. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
15. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
16. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
17. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
18. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
19. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
20. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
21. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
22. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
23. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
24. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
25. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
26. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
27. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
28. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
29. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
30. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
31. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
32. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
33. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
34. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
35. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
36. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
37. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
38. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
39. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
40. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
41. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
42. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
43. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
44. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
45. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
46. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
47. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
48. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
49. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
50. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
51. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
52. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
53. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
54. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
55. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
56. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
57. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
58. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
59. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
60. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
61. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
62. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
63. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
64. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
65. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
66. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
67. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
68. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
69. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
70. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
71. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
72. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
73. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
74. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
75. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
76. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
77. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
78. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
79. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
80. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
81. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
82. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
83. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
84. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
85. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
86. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
87. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
88. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
89. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
90. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
91. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
92. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
93. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
94. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
95. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
96. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
97. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
98. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
99. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor
100. Gestos	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor	gestos de dor

Desenvolvida para uma avaliação multidimensional da dor numa população com idade igual ou superior a 65 anos, com alterações cognitivas e défices da comunicação

Holm, Salfven, Cohen, Hjermstad, Loge, & Kaasa. 2007, p.3, OE. 2008, p.38 & Guirao (2007, p. 41)

PAINAD - Pain Assessment in Advanced Dementia (Avaliação da dor em Demências em Estado Avançado)

Observar o paciente por cinco minutos antes de pontuar os comportamentos dele ou dela. Pontuar os comportamentos de acordo com a tabela a seguir. As definições de cada item são fornecidas na página seguinte. O paciente pode ser observado em diferentes condições (por exemplo, em repouso, durante uma atividade agitada), durante o tratamento de cuidados, após receber medicação para dor.


Comportamento	0	1	2	Pontuação
Respiração Independente de ventilação	Normal	Dificuldade ocasional para respirar Cura período de hiperventilação	Respiração rápida e com dificuldade Longo período de hiperventilação Respiração Cheyne-Stokes	
Vocalização negativa	Nenhuma	Resmungos ou gemidos ocasionais Alta baixa ou em baixo tom, de conteúdo desconfortável ou negativo	Charulados peritubulares repetitivos Resmungos ou gemidos altos Choro	
Expressão facial	Sorriso ou expressão	Tensão Austidade Frustração	Cara	
Linguagem corporal	Relaxada	Tensão Astar angustiado/lúto de um lado para o outro Inquietação	Rígido Pulsos curtos Joelhos encolhidos Pisar ou empurrar para longe Comportamento agressivo	
Consciente	Sem necessidade de consolar	Distraído(a) ou tranquilizado(a) por um ou mais	Incapaz de ser consolado(a), distraído(a) ou tranquilizado(a)	
Total				

Pontuação: O total de pontos varia de 0-10 pontos. Uma possível interpretação da pontuação é: 0-3 dor leve, 4-6 dor moderada, 7-10 dor severa. Esta variável não baseada numa escala padão de dor de 0-10, mas não foram comprovadas na literatura para essa avaliação.

Desenvolvida para pessoas com demência, principalmente idosos não comunicantes.

Batista, Duarte, Rosário, Costa, Pereira & Morgado, (2012, p.10)

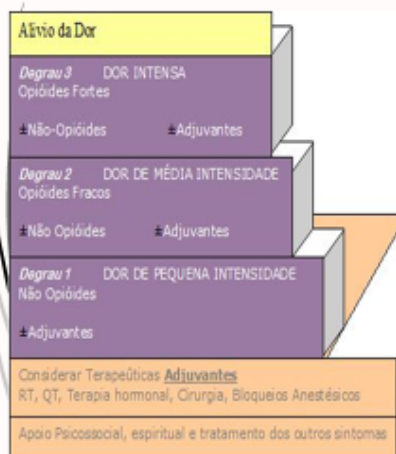
Princípios gerais no Tratamento da Dor



- Evitar a demora;
- Preferir a via oral;
- Ter um horário regular;
- Utilizar a escada analgésica da OMS;
- Administrar medicação de resgate para a dor irruptiva;
- Abordar a dor tendo em conta a vertente física, psicológica, social e espiritual.

Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Rolla, 2012, p. 141, Caraceni et al., 2012, p. 39

Escada Analgésica da OMS



- Orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica;
- Permite flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau da escada;
- Incorpora tratamentos antineoplásicos, terapia analgésica sistémica e outras medidas não invasivas como intervenções psicológicas ou de reabilitação

Fielding, Scott, Davis (2013, p. 589) Polce & Ferrell (2011, p.167), Caraceni et al. (2012, p.69) e Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Rolla (2012, p. 147).

Recomendações no tratamento da dor ligeira – Degrau I da Escada Analgésica da OMS (EN- 1-3)

- O paracetamol é indicado, sendo a dose máxima diária recomendada de 4g.
- Os AINE's reduzem a inflamação e são eficazes no controlo da dor.
- Monitorizar periodicamente e rever a longo prazo o uso dos AINE's (podem induzir toxicidades graves, tais como hemorragia gastrointestinal, disfunção das plaquetas e insuficiência renal). A dose máxima diária recomendada de Ibuprofeno é de 3200mg



Ripamonti, Santini, Maranzano, Bertl & Rolfo, 2012, p. 142; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013, p. 695; NCCN (2014)

Recomendações no tratamento da dor moderada – Degrau II da Escada Analgésica da OMS (EN- 4-6)

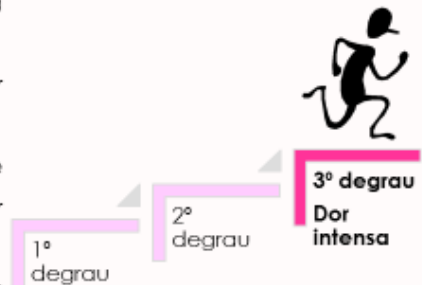
- Opióides fracos (tramadol e a codeína) e analgésicos adjuvantes,
- Têm uma dose teto;
- A dose oral recomendada de tramadol é 50-100mg 4 a 6 horas ou 100 a 200mg de 12/12 horas nas formulações de libertação prolongada, sendo que doses diárias iguais ou superiores a 400mg não são recomendadas;
- Doses baixas de um opiáceo do degrau III, como por exemplo a morfina podem ser usados em vez da codeína ou do tramadol



Coraciari et al., 2012, p. 59; Ripamonti, Santini, Maranzano, Bertl & Rolfo, 2012, p. 143 e Poole & Ferrell, 2011, p. 161

Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa – Degrau III da Escada Analgésica da OMS (EN- 7-10)

- A dose inicial de morfina recomendada é de 5-10mg oral de 4/4horas com uma dose de resgate de 2,5 – 5mg/hora se necessário.
- Considerar a utilização da via endovenosa para controlar a dor intensa;
- Considerar a continuidade de analgésicos não opióides de forma a oferecer uma melhor analgesia que o opióide por si só;
- A metadona é uma alternativa à morfina oral, mas as suas características farmacocinéticas específicas e a sua semivida longa e imprevisível, requer a individualização cuidadosa de esquemas de dosagem



Caraceni et al., 2012, p. 59; Ripamonti, Santini, Maranzano, Bertl & Rola, 2012, p. 145 e Polace & Fennel, 2011, p.161

Dor Irruptiva

- Caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão da dor habitual;
- Afeta cerca de 75% das pessoas com doença oncológica, mesmo com um nível de dor geralmente bem controlada pela medicação de base;
- Nos episódios previsíveis, é recomendado a morfina por via oral de libertação imediata quando administrada 20 minutos antes dos "gatilhos" potenciais de dor.
- O fentanilo por via venosa, oral, sublingual tem um início de atividade mais curto no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à morfina ora



Ripamonti, Santini, Maranzano, Bertl & Rola, 2012, p. 145; Wengstrom, Geering & Rutten, 2013, p.129; Rutten, Geering, Pappa, Rundham, Weiss, Williams, Zavatnik, Wengstrom, 2013, p. 403; Buchanan, Geering & Davies, 2014, p.126

Dor Neuropática

- Recomendada a utilização de anti convulsivantes, antidepressivos, antiarrítmicos e corticosteroides

Dor óssea

- Os bifosfonatos podem proporcionar alívio da dor no quadro de metástases ósseas. Quando utilizado com analgésicos estes podem reduzir a morbidade, diminuindo a incidência de fratura patológica

Coraciari et al., 2012, p. 59; Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Motoba, 2013, p. 905 e Ripamonti, Santini, Marazzano, Senti & Rola, 2012, p. 145

Vias de Administração

- **Via oral preferencial:** mais fácil, simples e pouco dispendiosa para poder ser gerida pelo doente e/ou seus familiares/pessoa significativa;
- **Via transdérmica** não deve ser a escolhida quando a dor não se encontra controlada;
- **Via subcutânea** é simples, devendo ser a primeira escolha nas pessoas em que não seja possível a administração de opióides pela via oral ou transdérmica;
- **Via endovenosa** deve ser considerada, quando a subcutânea se encontra contraindicada por anasarca, hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou necessidade de administração de grandes volumes



Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Motoba, 2013, p. 901; Coraciari et al., 2012, p. 59 e Ripamonti, Santini, Marazzano, Berli & Rola, 2012, p. 144

Recomendações não Farmacológicas no tratamento da Dor Oncológica



Dispneia – Avaliação

Algoritmo: **O, P, Q, R, S, T, U, V.**

- Onset** – Começo, frequência, duração
- Provoking / Palliating** – Fatores de alívio e exacerbação
- Quality** – Descrição
- Region / Radiation** – Existência de outros sintomas associados
- Severity** – Gravidade
- Treatment** – Medidas farmacológicas, eficácia do tratamento
- Understanding / Impact on You** – Impacto que causa
- Values** – Objetivo para o controlo, atingindo o conforto



Despistar causas potencialmente tratáveis da dispneia

Raymond, et al, 2010, p.3, NCCN (2011)

Causas potencialmente tratáveis	Opções de tratamento
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	Sistema respiratório
Obstrução das vias aéreas	Broncodilatadores inalatórios; corticosteroides inalatórios ou sistêmicos
Demame pleural	Radioterapia; corticosteroides sistêmicos; implante de stent; adrenalectomia nebulizada
Pneumonia	Drenar: se for recorrente considerar agentes esclerosantes; cateter
Embolia pulmonar	Antibióticos
	Anti-coagulação
Angina de peito	Sistema cardiovascular
Fibrilação auricular	Otimizar medicamentos convencionais
Insuficiência Cardíaca Congestiva	Medicamentos para o controle da frequência ventricular
Demame pericárdico	Otimizar medicamentos convencionais
Obstrução da veia cava superior	Drenar: se recorrente considerar agentes esclerosantes; janelas pericárdicas; cateter
	Corticosteroides; radioterapia; stent
Anemia	Outros sistemas
Ascite severa	Transfusão sanguínea
	Drenar: se recorrente colocar cateter

Recomendações no tratamento da dispneia ligeira (ESAS 1-3)

- É recomendado a utilização de uma ventoinha, um leque ou uma janela aberta, em pessoas que não apresentem hipoxia;
- Se não for suficiente a administração de oxigénio por óculos nasais é recomendado, porém dever-se-á avaliar os benefícios durante alguns dias e interromper se não existirem benefícios.



Raymond, et al, 2010, p.9 e Cochrane, 2013, p. 435

Recomendações no tratamento da dispneia moderada (ESAS 4-6)

Doentes virgens de opióides:

- 5mg morfina per os de ação rápida de 4 em 4 horas e 2,5mg como dose de resgate na dispneia refratária;
- Se via oral não disponível - 3mg de morfina por via subcutânea de 4 em 4 horas e 1,5mg como dose de resgate após 1 hora se existir dispneia refratária

Doentes que já realizavam opióides:

- Aumentar a dose regular em 25%, considerando a dose utilizada nas últimas 24 horas.
- A dose de resgate é 10% da dose total dos opióides regulares utilizadas nas últimas 24 horas, mantendo a mesma via de administração.



Raymond, et al, 2010, p.10, NCCN (2011) e Oncology Nursing Society (2012).

Recomendações no tratamento da dispneia intensa (ESAS 7-10)

Doentes virgens de opióides:

- 2,5mg de morfina por via subcutânea;
- Se for tolerado e for necessário, repetir de 30 em 30 minutos;
- Se duas doses falharem, pode ser considerado a duplicação da dose de forma a aliviar adequadamente a dispneia;
- Considerar a via endovenosa para se obter um efeito mais rápido;
- Monitorizar a frequência respiratória.

Doentes que já realizavam opióides:

- Administrar um bólus de 10% da dose total do opióide que o doente se encontrava a realizar nas últimas 24 horas, por via subcutânea ou endovenosa, após ter previamente realizado equianalgesia de per os para essas vias;
- Se a dispneia persistir a dose pode ser aumentada em 25%.



Raymond, et al. 2010, p.13, NCCN (2011) e Oncology Nursing Society (2012)

Recomendações não farmacológicas no tratamento da Dispneia



Raymond, et al. 2010, p.13, Paraghar, et al. 2011, p.3, NCCN (2011) e Oncology Nursing Society (2012)

Notas Finais

- As linhas orientadoras são baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos;
- A Ordem dos Enfermeiros refere que a produção de linhas orientadoras de boa prática, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001, p. 12).

Obrigada pela vossa atenção...

"Curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre."

Oliver Holme

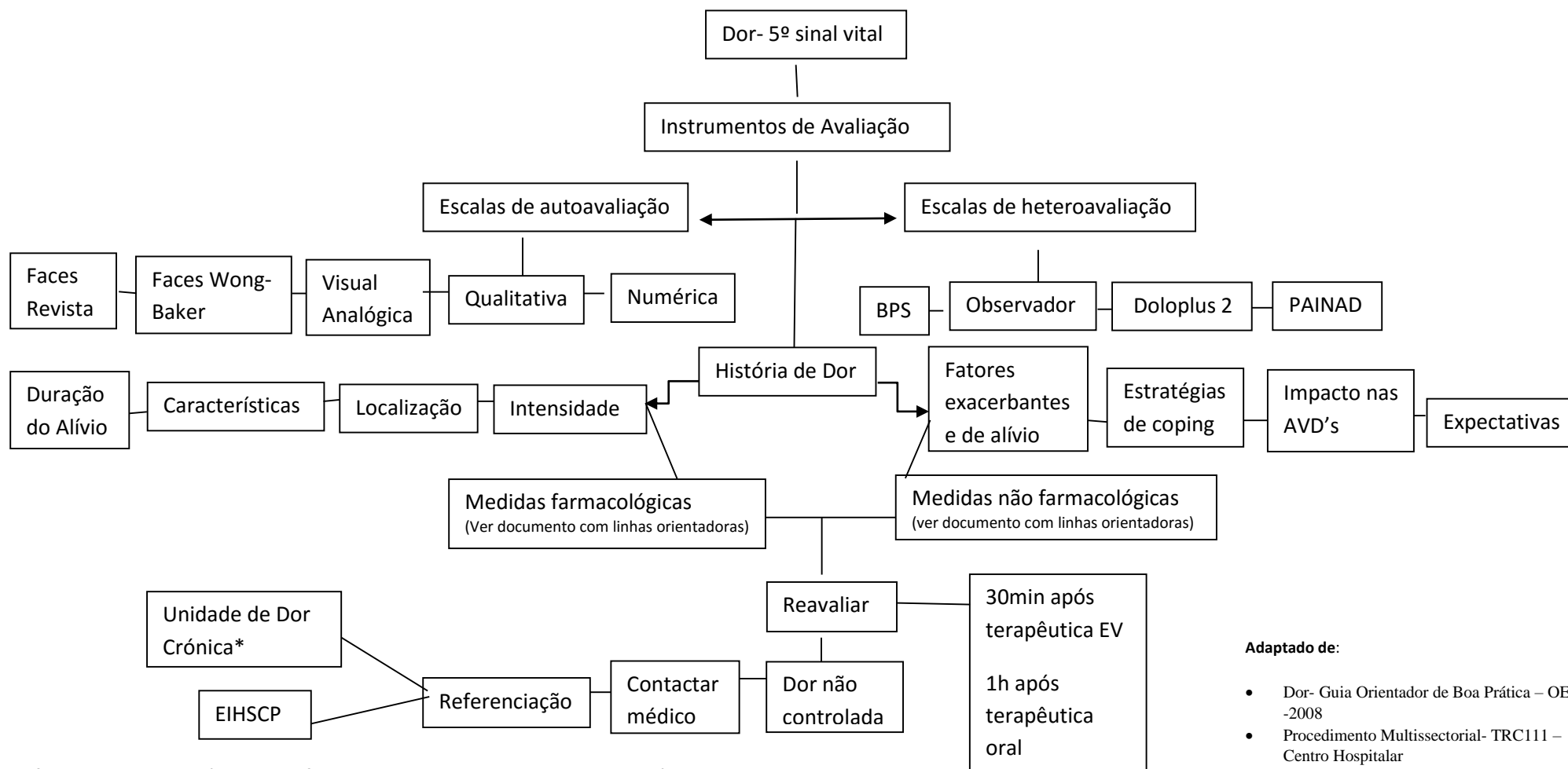
Bibliografia

- Barbata, L.M.C., Duarte, C.J.A., Rosário, A.F.R., Costa, M.F.S.P., Pereira, V.J.R., Morgado, T.M.M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment In Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-16.
- Barbata, L.M.C., Figueiredo, A.M., Marques, M. & Bizama, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient [BPS-IP/I]. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, [9], 7-16.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). – Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Ed. Lisboa, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ben-Aharon, I., Gafter-Gvif, A., Leibovici, L. & Stemmer, S.M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*, 51, 996–1008.
- Bess, K., Vervaeke-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*, 2, 1–6.
- Bank, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, (3), 257–260.
- Bavelst, N., Vervaeke-Dassen, M., Bessie, K. & Engels, Y. (2014). Adaptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*, 23, 1409–1420.
- Buchanan, A., Geerling, J., & Davies, a. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*, 20, (3), 126–129.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M.I., Brinell, G., Cherny, N. Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol.*, 13, 58–68.
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*, 26, (47), 42–46.
- Cleeland, C.S. (2010). Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient-Reported Outcomes (ASCPRO): Searching for Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, (6), 1077–1085.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, (4), 438–440.
- Dale, O., Maknes, K., & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*, 25, (5) 494–503.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/pagina-de-atualizacao-da-a-a-plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcor.aspx>. Acesso a 20 de Junho de 2015.
- Dong, S., Butow, P., Costa, D., Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2, 1–32.
- Farachar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brahm-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12 (130), 1–11.
- Geerling, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*, 19, (12), 584–594.
- Holm, J.C., Salvedt, I., Fayers, P.M., Hjertstad, M.J., Lage, J.H. & Kaasa, S. (2007). Dolopius-2: a valid tool for behavioural pain assessment. *BMC Geriatrics*, 7, (29), 1–9.

Bibliografia

- LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12, (7), 989–992.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*, 5, (2), 301–304.
- McHugh, M.E., Miller-Saultz, D., Wuhman, E. & Kosharsky, B. (2012). Interventional pain management in the palliative care patient. *International Journal of Palliative Nursing*, 18, (9), 426–433.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – Cuidados de Enfermagem e Dor. Loures, Lusociência.
- Morris, D. & Galicia-Castillo, M. (2015). Dying With Dyspnea in the Hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 26, 1–3.
- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*, 12, 7, 338–344.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Foling, M.; Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide to practice: dyspnea*. Canada: Cancer Care Ontario.
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Rola, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 23, (7), 39–54.
- Weingartner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Ewili, M.S., Prenzel, R., Otremba, B., Möhlenbrock, J., Bausewein, C., Higginson, I.J., Voltz, R., Herich, L. & Simon, S.T. (2013). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliative Medicine*, 29, (5) 420 – 428.
- Wengstrom, Y., Geerling, J. & Rustoen, T. (2013). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127–131.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matsuda, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 43, (9), 896–909.

Apêndice XIV – Fluxograma para avaliação e registo da dor



Adaptado de:

- Dor- Guia Orientador de Boa Prática – OE -2008
- Procedimento Multisectorial- TRC111 – Centro Hospitalar

*Ver fluxograma de critérios de referenciação para a Unidade de Dor Crónica

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Apêndice XV – Linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia na
pessoa com doença oncológica em fim de vida

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica**

Unidade Curricular – Estágio com relatório

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA
DOR E DA DISPNEIA NA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA EM FIM DE VIDA, EM INTERNAMENTO
HOSPITALAR DE CIRURGIA**

Linhas Orientadoras de Boa Prática

Docente:

Professora: Eunice Sá

Discente:

Carla Alexandra Almeida Anjos Nº 88

Lisboa, Fevereiro de 2016

Índice	
INTRODUÇÃO	3
1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	4
2. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DOR ONCOLÓGICA	5
2.1. Apreciação da Dor Oncológica	5
2.2. Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor	7
2.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dor	19
3. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DISPNEIA	21
3.1. Apreciação da dispneia	21
3.2. Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia	24
3.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dispneia	27
4. CONCLUSÃO	28
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	38
6. APÊNDICE	

Apêndice I- Análise da qualidade da evidência científica que baseia as recomendações

Índice de Quadros

Quadro 1: Avaliação da Dor Oncológica	6
Quadro 2: Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor	9
Quadro 3: Vias de administração	10
Quadro 4: Titulação de Opióides	11
Quadro 5: Rotação de Opióides	12
Quadro 6: Recomendações no controlo da Dor Neuropática	13
Quadro 7: Recomendações no controlo da Dor Óssea e na Dor Visceral	14
Quadro 8: Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva	15
Quadro 9: Gestão de Efeitos Secundários	16
Quadro 10: Avaliação da Dispneia	20
Quadro 11: Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia	22

INTRODUÇÃO

O cancro é encarado como a doença do futuro, estimando a Direção Geral de Saúde que em 2030 existam mais de 50000 novos casos de cancro em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2014). Em pessoas com doença oncológica em fim de vida, encontra-se identificado que geralmente experienciam múltiplos sintomas, enfatizando a literatura recente uma mudança de foco dos sintomas individuais para gerir a natureza dinâmica e múltipla de grupos de sintomas (Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014 e Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010). Tendo em conta a sua estabilidade no tempo a dor, dispneia, fadiga, sonolência e anorexia é um *cluster* estável. Numa revisão sistemática da literatura, de 33 artigos cerca de 45% identificou o *cluster* que incluía dor e dispneia (Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014). Um estudo com 200 doentes internados em cuidados paliativos no Japão, indicaram que durante todo o curso clínico, 88% experienciaram dor e 66% dispneia (Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010).

Neste sentido e tendo em conta que a boa prática sucede de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, foi elaborado o presente documento sistematizando as recomendações atuais da evidência científica, no que se refere ao controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida. O objetivo das recomendações para a prática clínica é fornecer orientações para a avaliação, tratamento, monitorização e vigilância com vista a melhorar os conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde que trabalham com pessoas com doença oncológica. Estas recomendações são importantes para melhorar a qualidade dos cuidados e garantir que o tratamento e os cuidados prestados são baseados na melhor evidência disponível (Wengstrom, Geerling & Rustoen, 2014).

Desta forma, no primeiro capítulo será abordada a estratégia de pesquisa utilizada para dar resposta à problemática definida. O segundo capítulo diz respeito às recomendações no controlo da dor oncológica e o terceiro às recomendações no controlo da dispneia, de forma a proporcionar conforto a pessoas com doença oncológica e às suas famílias. No quinto capítulo encontram-se as conclusões retiradas da revisão da literatura. Este destina-se a ser um documento de fácil consulta por parte dos profissionais de saúde, sendo um resumo da revisão da literatura

realizada e que dá suporte ao mesmo. A análise da qualidade da evidência científica que está na base das recomendações encontra-se em apêndice I.

1. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Na procura da melhor evidência científica disponível, como ponto de partida foi formulada a pergunta PI(C)O: “Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida num serviço de internamento hospitalar de cirurgia?”

A pesquisa foi realizada, utilizando como base de dados a ScienceDirect, Joanna Briggs Institute, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ResearchGate, EBSCO (CINAHL, MEDLINE), selecionando artigos em full text, com as palavras-chave: (guideline OR evidence based practice OR randomized controlled trial) AND (Pain management OR Pain measurement OR Cancer pain OR Chronic pain OR Breakthrough pain OR Pain control OR Dyspnea OR Breathlessness OR Tachypnea OR Cheyne-stokes respiration OR Symptoms control) AND (Oncology nursing OR Perioperative nursing OR Nursing interventions OR Nursing care) AND (Palliative care OR Terminal care OR End of life care). Os descritores foram pesquisadas entre o ano 2010 - 2015. Foram ainda incluídas as guidelines publicadas por entidades de referência na temática como a Oncology Nursing Society, National Comprehensive Cancer Network e Cancer Care Ontario. Como critérios de exclusão, inserem-se os artigos em que a população-alvo tivesse uma idade inferior a 18 anos, não estivesse em contexto de internamento, repetidos nas bases de dados e artigos anteriores ao ano 2010. No total obtiveram-se 25 artigos analisados para a elaboração das linhas orientadoras de boa prática.

2. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DOR ONCOLÓGICA

Relativamente ao controlo da dor oncológica, serão apresentadas as recomendações referentes à avaliação inicial, tratamento farmacológico e não farmacológico, vias de administração e gestão de efeitos adversos.

2.1. Apreciação da Dor Oncológica

Para desenvolver uma apropriada estratégia de tratamento, é fundamental uma avaliação completa da dor. Esta deve ser integrada na continuidade dos cuidados e o número de avaliações realizadas nas 24 horas depende da intensidade da dor e das necessidades da pessoa (Metzger, Muller, Schwetta & Walter, 2002). Assim é recomendado:

Instrumentos de autoavaliação^{1, 2,3,4,5}	Escala Visual Analógica
	Escala de Avaliação Numérica
	Escala Qualitativa
	Escala de Faces de Wong-Baker
	Escala de Faces Revista
	Inventário Resumido da Dor
	Palliative Care Outcome Scale – Sintomas
	Escala de Avaliação de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Instrumentos de heteroavaliação^{1,5}	Behavioral Pain Scale na versão Portuguesa
	Escala do Observador
	Avaliação comportamental da dor na pessoa idosa
	Avaliação da dor em demências em estado avançado
Avaliar as caraterísticas da dor^{1, 5,6}	Intensidade
	Localização
	Duração da dor
	Ausência/presença de irradiação
	Frequência
	Tipo de dor (somática, visceral, neuropática ou mista)
	Padrão de dor (contínua, irruptiva ou fim de dose)
	Fatores de alívio e exacerbação
	Resposta ao esquema analgésico e à medicação de resgate
	Interferência nas atividades de vida diária
	Existência de outros sintomas associados
Avaliar o impacto da dor nas componentes, psicológica, afetiva, sensorial, emocional e cognitiva. ^{1, 3, 5}	
Avaliar se a pessoa realiza ou já realizou tratamentos oncológicos, como quimioterapia, radioterapia, cirurgia e se existem outras comorbilidades. ^{1,4,5}	
Avaliar a existência de comportamentos aditivos e a presença de opióidofobia. ^{1,5}	

Quadro 1: Apreciação da Dor Oncológica

2.2. Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor

A literatura recomenda que o tratamento algico deve cumprir a escada analgésica da OMS. Esta orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica, permitindo flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau da escada. Em qualquer destes degraus podem ser adicionados medicamentos adjuvantes como antidepressivos, anti-convulsivantes ou outros. ^{1,4,7}

Recomendações no tratamento da dor ligeira – Degrau I da Escada Analgésica da OMS (EN- 1-3)	O paracetamol é recomendado, 1000mg oral ou endovenoso de 8/8horas, sendo a dose máxima diária recomendada de 4g. Porém em pessoas com idade superior a 65 anos, a dose máxima diária recomendada é de 3g ^{1,3,4,8}
	Os Anti-inflamatórios Não Esteroides reduzem a inflamação e são eficazes no controlo da dor. A sua utilização deve ter uma monitorização periódica e ser revista a longo prazo, uma vez que podem induzir toxicidades graves, tais como hemorragia gastrointestinal, disfunção das plaquetas e insuficiência renal. A sua descontinuação é recomendada quando a função hepática aumentar 1.5 do limite considerado normal nas análises laboratoriais. O ibuprofeno é recomendado 200-800mg oral com intervalo mínimo de 4/4horas, sendo a dose máxima diária recomendada de 3200mg. ^{1,4,5}
	Os antagonistas dos recetores de H2 e inibidores da bomba de protões são recomendados na prevenção da úlcera péptica. ^{4,5}
	Considerar a adição ou substituição por opióides fracos e analgésicos adjuvantes. ^{1,5,9}

Recomendações no tratamento da dor moderada – Degrau II da Escada Analgésica da OMS (EN-4-6)	A codeína é um opióide natural mais fraco que a morfina, sendo a dose inicial de 15mg por via oral de 4/4horas e 15mg a cada hora se houver necessidade de doses de resgate. ^{1,5,9}
	O tramadol é o análogo sintético da codeína, sendo a dose recomendada de 50-100mg por via oral de 4 a 6horas ou 100 a 200mg oral de 12/12horas nas formulações de libertação prolongada, sendo que doses diárias iguais ou superiores a 400mg não são recomendadas. O ceterolac é recomendado 15-30mg endovenoso, sendo a dose máxima diária recomendada de 120mg. ^{1,5,9}
	Doses baixas de um opiáceo do de grau III, podem ser usados em vez da codeína ou do tramadol (morfina, sendo a dose inferior ou igual a 30mg oral/dia; hidromorфона dose inferior ou igual a 4mg oral/dia ou oxicodéina dose inferior ou igual a 20mg/dia). ^{1,8}
	Os opióides fracos têm uma dose com "efeito teto", onde mais do que a dose diária máxima recomendada não aumenta a sua eficácia, influenciando apenas o aparecimento de efeitos secundários, como náuseas, vômitos, tonturas, anorexia e astenia. ¹
Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa – Degrau	É recomendada a utilização de morfina, sendo a dose inicial sugerida de 5-10mg oral de 4/4horas com uma dose de resgate de 2,5 – 5mg/hora oral se necessário. ^{1,3,4,8,9}

III da Escada Analgésica da OMS (EN – 7-10)	É indicado a utilização de fórmulas de libertação rápida nas pessoas com dor intensa. A via oral é a preferencial, porém se para além de intensa a dor apresenta instabilidade, a via endovenosa pode ser considerada. ^{4,9}
	Após a introdução dos opióides, poderá ser considerada a continuidade de analgésicos não opióides de forma a oferecer uma melhor potência analgésica, devido ao efeito sinérgico, que o opióide só por si. ^{1,3,4,8}
	As formulações transdérmicas são uma alternativa aos opióides orais, sendo mais reservados às pessoas com a dor estabilizada sem períodos de intensas exacerbações, tendo em conta que demoram 12 horas a atingir o nível sérico. A sua administração não invasiva deve ser considerada nas pessoas com dificuldades na deglutição, com baixa tolerância à morfina e em pessoas com baixa adesão à terapêutica. ^{1,4,9}
	Na dor neuropática é recomendado a utilização do tapentadol, iniciando com uma dose de 50-100mg oral de 12/12horas, sendo a dose máxima diária recomendada 500mg/dia.
Recomendações para o tratamento da dor moderada a intensa refratária – Degrau IV da Escada Analgésica Modificada da OMS	<p>Aproximadamente 10% das pessoas com doença oncológica não respondem aos três degraus anteriores, apresentando uma dor de difícil controlo por via oral ou endovenosa.</p> <p>Neste caso, estão preconizados a administração a longo prazo de anestésicos e opióides intra-espinais e bloqueios do sistema nervoso simpático, bloqueios de nervos periféricos e bloqueios do neuroeixo.^{1,5,9,10}</p>

	As técnicas invasivas encontram-se recomendadas quando existem efeitos colaterais consideráveis, relacionados com os analgésicos; dor intensa não controlável com os métodos tradicionais; necessidade de administração de grandes doses de opióides; necessidade de administrar fármacos no espaço epidural; dor referenciada a zonas de enervação de plexos nervosos. ^{1, 5}
	Na via epidural, apenas 20-40% da dose sistémica é necessária para alcançar a dose equianalgésica. Na via intratecal, basta 10% da dose sistémica de opióides. ¹
	Não são recomendadas em doentes com coagulopatias, imunocomprometidos ou com esperança de vida inferior a 6 meses. ^{1,5}
	A morfina e os anestésicos locais como a bupivacaína, são os mais recomendados. ¹
	Na dor visceral é recomendado o bloqueio do sistema simpático. ¹

Quadro 2: Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor

Vias de Administração	A via oral deve ser a primeira escolha, sendo a mais simples e pouco dispendiosa para poder ser gerida pelo doente e/ou seus familiares/pessoa significativa. ^{1,5,9}
	A via transdérmica não deve ser a escolhida quando a dor não se encontra controlada. ^{1,4}
	A via subcutânea é eficaz e frequentemente mais conveniente comparativamente com a via intravenosa. É uma via simples, devendo ser a primeira escolha nas pessoas em que não seja possível a administração de opióides pela via oral ou transdérmica. Esta é duas vezes mais potente do que a via oral. ^{3,9}
	A via endovenosa deve ser considerada, quando a subcutânea se encontra contraindicada por anasarca, hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou necessidade de administração de grandes volumes. Esta é também uma via duas vezes mais potente que a via oral. ^{3,9}
	As formulações transmucosas orais estão associadas a melhores resultados na dor irruptiva, porém apresentam uma biodisponibilidade de 50%, sendo difícil de titular. Se a pessoa já realizava morfina em esquema é recomendado morfina de rápida absorção. Por sua vez as formulações sublinguais tem numerosas vantagens sobre os opiáceos orais como uma melhor biodisponibilidade, ignoram a depuração hepática e não tem de ser engolido. ^{3,9}
	Outras vias podem ser consideradas, quando o controlo da dor é inadequado ou quando os efeitos secundários são intoleráveis, como a via epidural ou intratecal. ^{1,3,9}

Quadro 3: Vias de administração

Titulação de Opióides	As doses iniciais de opióides podem não ser eficazes, a doença pode progredir, ou pode-se desenvolver uma tolerância a uma dose estável ao longo do tempo, existindo assim, necessidade de titulação. ^{1,3,4,9}
	É realizada com a adição de um opóide forte, equivalente a 10-15% da dose habitual total, do mesmo fármaco mas de rápida ação. ⁵
	Nos doentes virgens de opióides, a dose inicial é empírica, mas deve ser baixa e titulada para o efeito. É recomendada a administração de morfina de libertação imediata de 4 em 4 horas de forma a atingir a titulação individual. ^{1,9}
	A titulação de opióides de ação rápida ou prolongada deverá ser realizada com a adição equivalente a 10-15% da dose total habitual do mesmo opióide, mas de ação rápida. ^{1,9}
	Para o tratamento da dor não controlada, é recomendado o aumento da dose diária total do opióide de 30-50% tendo em consideração o número de doses de resgate necessárias nas 24 horas precedentes. Se o score de dor permanece inalterado, a dose pode aumentar 50-100%. Se existir dor por fim-de-dose, desaparecendo o efeito analgésico antes da próxima dose, esta pode ser aumentada ou o intervalo entre as administrações diminuído. Para aumentar a dose, dever-se-á somar a dose dos resgates realizados nas últimas 24 horas, à dose basal e dividir-se pelo número de tomas diárias, obtendo-se novas dosagens do opióide ⁴
	A titulação por via endovenosa encontra-se indicado quando se pretende um controlo rápido da dor. ^{1,9}

	A metadona tem uma semi-vida variável, pelo que é recomendada a sua titulação durante 5 a 7 dias. ⁵
--	--

Quadro 4: Titulação de Opióides

Rotação de Opióides	É o termo dado na prática clínica para substituir um opióide do terceiro degrau da escada analgésica por outro quando não existe um equilíbrio satisfatório entre o alívio da dor e os efeitos secundários. ^{8,9}
	As taxas de sucesso no controlo da dor variam entre 40% a 80%. ⁹
	É recomendado que se inicie com uma dose mais baixa que a calculada nos rácios de equianalgesia, recorrendo à titulação para o controlo da dor. De forma a calcular a equianalgesia, é recomendado a contabilização da dose total realizada nas 24 horas no controlo da dor. ¹¹
	Na conversão de morfina oral para a via subcutânea ou endovenosa, a relação pode ser aproximadamente 2:1. ⁹
	A metadona é em média, aproximadamente 10 vezes mais potente que a morfina. A conversão de um opióide para a metadona varia de acordo com a dose do opióide prévio. Por exemplo na mudança de uma dose baixa de morfina (menos de 100mg) a relação é aproximadamente 4:1, quando se muda de uma dose mais elevada a relação é de cerca de 12:1. ⁹

Quadro 5: Rotação de Opióides

Recomendações no controlo da Dor Neuropática	<p>É recomendado o uso de anti convulsivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Gabapentina 100 a 300mg oral em toma única, à noite para devido ao efeito de sedação, sendo a dose máxima diária recomendada 3600mg,• Carbamazepina 100mg por via oral de 12/12horas, a dose máxima diária recomendada é de 400mg,• Pregabalina, devendo-se iniciar com 50mg oral de 8/8horas, sendo a dose máxima diária recomendada 600mg na dor neuropática neurálgica, tipo choque.^{1,4,9}
	<p>Antidepressivos tricíclicos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Amitriptilina, devem ser titulados com cautela uma vez que são suscetíveis de causar efeitos adversos no Sistema Nervoso Central. Assim devem ser iniciados com doses de 10-25mg/dia por via oral, não sendo recomendado mais que 75mg.^{1,3,4,9}
	<p>Os corticosteroides, como a metilprednisolona e dexametasona são recomendados na compressão medular, inflamação, pressão intracraniana aumentada, e metástases ósseas. São também comumente utilizados na prática clínica para metástases cerebrais e obstrução intestinal. A dexametasona é o corticosteroide preferencial, sendo recomendado 4 a 8mg por via oral de 12/12horas ou de 8/8 horas, preferindo um horário de administração até à tarde evitando o desconforto provocado pela insônia, um efeito secundário frequente da sua utilização^{1,3,4,9}</p>

	Após a dor se encontrar controlada, é aconselhado a descontinuação dos corticosteroides, pelos efeitos adversos como hiperglicemia, imunossupressão, úlcera péptica ou síndrome de Cushing. ^{4,9}
--	--

Quadro 6: Recomendações no controlo da Dor Neuropática

Recomendações no controlo da Dor Óssea	Os biofosfonatos podem proporcionar alívio da dor no quadro de metástases ósseas. Quando utilizados com analgésicos estes podem reduzir a morbilidade, diminuindo a incidência de fratura patológica, mas exigem cuidados preventivos dentais antes do tratamento, devido ao risco de osteonecrose da mandíbula. ^{1,3,4,9}
	É recomendado a radioterapia em dose única de 8Gy, na metastização óssea com dor refratária e na dor neuropática por metastização óssea é indicada a radioterapia com dose de 20Gy em cinco frações. ¹
Recomendações no controlo da Dor Visceral – Oclusão Intestinal Maligna	Associar a butilescopamida e corticosteroides, com pausa alimentar e se necessário entubação nasogástrica para descompressão. ⁵
	Para reduzir as secreções gastrointestinais é recomendado a utilização de octreótido 0,1-0,2mg por via subcutânea ou endovenosa de 8/8horas ou de 12/12horas. ⁵

Quadro 7: Recomendações no controlo da Dor Óssea e da Dor Visceral

Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva	É geralmente caracterizada por momentos intermitentes de dor não aliviada pela estratégia de gestão da dor habitual. É comum em pessoas com doença oncológica que têm um nível de dor geralmente bem controlada pela medicação de base, afetando cerca de 75% destes. ^{3,6,9}
	A apreciação completa da dor deve identificar a presença da dor de base e verificar se se encontra adequadamente controlada. Se a dor se encontra controlada, deve-se determinar se a pessoa tem exacerbações de dor transitória, sendo importante reconhecer que a dor relacionada com o cancro muda frequentemente. ^{6,12}
	O tratamento farmacológico inclui a otimização da analgesia já instituída e ter analgesia de regate para dar resposta a estes episódios de dor. ⁶
	A via oral deve ser considerada como a primeira linha a ser utilizada e a analgesia prescrita deve ter em conta a gravidade da dor e não da doença. ⁶
	Nos episódios previsíveis, é recomendado a utilização de morfina por via oral de libertação imediata, quando administrada 20 minutos antes dos “gatilhos” potenciais de dor. O fentanilo por via endovenosa ou sublingual tem um início de atividade mais rápido no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à morfina oral. Porém o fentanil transmucoso tem uma biodisponibilidade absoluta de 50%, sendo absorvido aproximadamente 25% pela mucosa oral, a dose residual (25%) é deglutida e absorvida pela via gastro-intestinal, atinge o pico aos 15min e tem uma semi-vida de 1h15. Na dor irruptiva a morfina administrada por via endovenosa comparativamente ao fentanilo transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos, mas aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa. ^{1,4,13}

	Relativamente às medidas não farmacológicas é recomendado a massagem, aplicação de técnicas de calor ou frio, técnicas de distração e relaxamento. Estratégias cognitivas comportamentais podem ser consideradas, e outras estratégias complementares, como acupuntura também podem desempenhar um papel na gestão eficaz da dor. ^{1,6,12,13}
--	--

Quadro 8: Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva

Gestão de Efeitos Secundários	Náuseas e vômitos	Cerca de 40% dos doentes oncológicos sem história de náuseas e vômitos podem experimentar. Ocorrem geralmente nos primeiros 3 a 5 dias, enquanto o organismo se encontra a habituar à utilização de opióides sem a prescrição de medicação antiemética. É, assim, recomendada medicação antidopaminérgica, como haloperidol (0.1 a 1mg oral de 6-8horas), ou antieméticos como a metoclopramida (10-15mg por via oral de 6-8horas). ^{1,3,4,9,14}
	Obstipação	É um efeito secundário esperado dos opióides que afeta negativamente o conforto do doente oncológico, podendo afetar a adesão ao regime terapêutico e ao aumento significativo dos custos dos cuidados. Existe um consenso na recomendação da administração por rotina de laxantes por profilaxia. ^{1,3,4,9}
		Quanto ao laxante a ser prescrito existe pouca evidência para a recomendação de um em detrimento de outro. É sugerido o uso adicional de metilnaltrexona, quando os laxantes convencionais não são eficazes. ^{1,4,9}
		Na obstipação crónica é recomendado a rotação de opióides. ⁵
	Toxicidade do SNC	Os sintomas incluem sonolência, alucinações, confusão, mioclonias e menos frequente alodinia. Estes efeitos podem dever-se à acumulação de metabolitos tóxicos no organismo, podendo ser resolvidos com um aporte hídrico adequado evitando a acumulação de metabolitos séricos, a rotação do opióide, a redução da dose ou a mudança da via de administração. ^{1,3,9,14}

		Em pessoas com insuficiência renal (com índice de filtração glomerular inferior a 30mL/min), recomenda-se a administração de doses mais baixas de opióides, com posterior titulação cuidadosa. ^{1,14}
		O fentanilo e a metadona são considerados os opióides mais seguros quando existe risco de toxicidade. ¹⁴

Quadro 9: Gestão de Efeitos Secundários

2.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dor

- A apreciação completa da dor poderá identificar sintomas psicológicos concomitantes, bem como os fatores que podem afetar a vivência dolorosa e o significado atribuído à mesma.^{1,7,8,10}
- As medidas de conforto deverão ser concebidas para responder às necessidades específicas da pessoa.^{1,7,15,21}
- É recomendado informar a pessoa da possibilidade do surgimento de dor nos diversos estadios da evolução da doença, seja diretamente relacionado com a neoplasia ou com os tratamentos anti-neoplasicos.¹
- O uso de várias ferramentas de ensino, tais como folhetos informativos, planos de cuidados personalizados ou planos de gestão, podem ajudar a pessoa a se sentir mais no controlo da sua dor.^{1,4,5,7}
- Com o fornecimento de informações são proporcionadas medidas de conforto definidas como “Coaching” ou orientação sendo intervenções de enfermagem que visam aliviar a ansiedade, fornecer segurança e informação, promover a esperança, escutar e ajudar a estabelecer um plano realístico de recuperação, adaptação ou morte de forma culturalmente sensível.²¹

- A combinação de técnicas cognitivas (ex. diversão, atenção), com técnicas comportamentais (ex. relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e treino de estratégias de coping, ajuda a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor, diminuindo por exemplo pensamentos negativos.^{5,8,16}
- O relaxamento com imaginação permite uma diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, aumentando o foco nas sensações de bem-estar e diminuindo a tensão, ansiedade, depressão e a dor. A distração é uma estratégia utilizada para desviar a atenção da dor. Os exercícios com movimentos que promovem o alongamento e a resistência, combatem a rigidez e a debilidade associada à dor e à inatividade. Por outro lado, a imobilização é recomendada quando o objetivo é manter o alinhamento apropriado após uma lesão. A massagem, facilita o relaxamento e diminui a tensão muscular e a aplicação de calor e frio, promove o relaxamento muscular e diminui a inflamação.^{1,16}
- Podem assim, ser desenvolvidas medidas que ajudem a pessoa a restabelecer o seu funcionamento habitual através do alívio da dor, quanto à tranquilidade podem ser implementar medidas de relaxamento que facultam calma e facilitam um desempenho mais eficiente e relativamente à transcendência podem ser outorgados e reforçados ensinamentos que contribuem para a pessoa tome consciência de que tem competências para gerir a sua situação de doença.²¹
- A estimulação elétrica transcutânea (TENS) permite a libertação de substâncias analgésicas endógenas de alívio da dor e promovem a mobilidade física, pela interferência na transmissão de impulsos nociceptivos das fibras nervosas.⁵
- O toque terapêutico proporciona conforto ao doente, promove o apoio e a segurança através do contacto pele a pele, relaxa, diminui a ansiedade e controla a dor, entre outros sintomas desconfortáveis, transmitindo tranquilidade.^{1,8,21}
- Outra recomendação para a gestão da dor, são os mecanismos de coping. Muitos doentes relatam o uso de métodos espirituais para lidar com a experiência de dor. A meditação, orações, ou outras práticas espirituais favorecem o relaxamento, diminuem a ansiedade, previnem a depressão e melhoram a força interior.^{5,16}

- A cultura constitui-se uma vertente fundamental a ser avaliada, uma vez que se verifica que crenças culturais sobre tratamentos, medicação, rituais, orações e outras práticas espirituais que podem ser uteis no alívio da dor. Assim, podem ser prestados, cuidados confortadores da alma que dizem respeito a intervenções de enfermagem não técnicas mas que fazem os doentes se sentirem fortalecidos de forma personalizada, tendo como objetivo obter a transcendência através da relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente.^{8,21}

3. RECOMENDAÇÕES NO CONTROLO DA DISPNEIA

No concerne ao controlo da dispneia na pessoa com doença oncológica, tal como o recomendado no controlo da dor, serão expostas as recomendações no que diz respeito à avaliação por parte da equipa de enfermagem, que deve auxiliar a identificar e controlar de forma eficiente a dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida (Morris & Galicia-Castillo, 2015). Posteriormente, serão apresentadas as medidas farmacológicas e não farmacológicas com vista ao seu controlo.

3.1. Apreciação da dispneia

A apreciação da dispneia tem sido um desafio devido à natureza subjetiva deste sintoma. Com os múltiplos fatores de risco associados a este sintoma, uma apreciação minuciosa pode ajudar na identificação das suas causas, o que leva a que possam ser tomadas opções de tratamento adequadas e eficazes.¹⁷ Assim é recomendado a utilização de um algoritmo, O, P, Q, R, S, T, U, V, que sugere algumas perguntas na apreciação, que poderão ser adaptadas de acordo com cada doente.¹⁴

Onset - Começo	Começo, duração, frequência
Provoking / Palliating - Provocando/paliar	Fatores de alívio e exacerbação
Quality – Qualidade	Descrição

Region / Radiation – Região/Radiação	Existência de outros sintomas associados	
Severity- Gravidade	Intensidade	
Treatment – Tratamento	Medidas farmacológicas e eficácia do tratamento	
Understanding / Impact on You – Entendimento/Impacto na sua vida	Compreensão da etiologia e impacto que causa	
Values – Valores	Objetivo para o controlo, atingindo o conforto	
É recomendada a utilização de outros instrumentos de apreciação que incluam a dispneia, como a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton e o Índice de Dispneia Modificado. ¹⁴		
A utilização da escala visual analógica e a escala numérica pode ser imprecisa dada a subjetividade deste sintoma. ^{18,20}		
Despistar causas potencialmente tratáveis da dispneia. ^{14,17,20}	Causas potencialmente tratáveis	Opções de tratamento
	Sistema respiratório	
	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)	Broncodilatadores inalatórios; corticosteroides inalatórios ou sistêmicos
	Obstrução das vias aéreas	Radioterapia; corticosteroides sistêmicos; implante de stent; adrenalina nebulizada
	Derrame pleural	Drenar; se for recorrente considerar agentes esclerosantes; cateter
	Pneumonia	Antibióticos
	Embolia pulmonar	Anti coagulação
	Sistema cardiovascular	

	Angina de peito	Otimizar medicamentos convencionais
	Fibrilação auricular	Medicamentos para o controle da frequência ventricular
	Insuficiência Cardíaca Congestiva	Otimizar medicamentos convencionais
	Derrame pericárdico	Drenar; se recorrente considerar agentes esclerosantes; janela pericárdica; cateter
	Obstrução da veia cava superior	Corticosteroides; radioterapia; angioplastia
	Outros sistemas	
	Anemia	Transfusão sanguínea
	Ascite severa	Drenar; se recorrente colocar cateter

Quadro 10: Apreciação da dispneia

3.2. Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia

Recomendações para o tratamento da dispneia ligeira (ESAS 1-3)	A passagem de ar pela face utilizando uma ventoinha, um leque ou uma janela aberta poderá aliviar este sintoma, em pessoas que não apresentem hipoxia. ^{14,20}
	Se não for suficiente, a administração de oxigénio por óculos nasais é recomendada, porém dever-se-á avaliar os benéficos durante alguns dias e interromper se estes não se verificarem. ^{14,20}
	A utilização de opióides orais, subcutâneos ou endovenosos é recomendada, se as abordagens não farmacológicas não forem suficientes para o alívio da dispneia ligeira. ^{14,18,20} b) Se a pessoa já previamente realizava opióides, a titulação da dose pode ser realizada utilizando o mesmo opióide se este for bem tolerado. Se pelo contrário o opióide não for bem tolerado, considerar a rotação para um opióide alternativo e titula-lo cuidadosamente até atingir o alívio da dispneia. c) Se o doente é virgem de opióides, este deve ser introduzido e titulado cuidadosamente até atingir o alívio deste sintoma.
	Devidamente titulado, a utilização de opióides não produz depressão respiratória. ^{14,17}

<p>Recomendações para o tratamento da dispneia moderada (ESAS 4-6)</p>	<p>Para doentes virgens de opióides é recomendado ^{18,20}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morfina 5mg per os de ação rápida de 4 em 4 horas e 2,5mg como dose de resgate na dispneia refratária. • Se a via oral não se encontra disponível considerar morfina 3mg de por via subcutânea de 4 em 4 horas e 1,5mg como dose de resgate após 1 hora se existir dispneia refratária. 	<p>Em doentes que já realizam opióides ^{14,18,20}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a dose regular em 25%, considerando a dose utilizada nas últimas 24 horas. • A dose de resgate é 10% da dose total dos opióides regulares utilizadas nas últimas 24 horas, mantendo a mesma via de administração. Por via oral pode ser repetida de 2 em 2 horas, enquanto por via subcutânea pode ser realizada a cada hora.
---	--	---

<p>Recomendações no tratamento da dispneia intensa (ESAS 7-10)</p>	<p>Em doentes virgens de opióides ^{14,18,20}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar morfina 2,5mg de por via subcutânea (ou uma dose equivalente de um opióide alternativo). • Se for tolerado e for necessário, repetir de 30 em 30 minutos. • Se duas doses falharem, pode ser considerado a duplicação da dose de forma a aliviar adequadamente a dispneia. • Monitorizar a frequência respiratória, uma vez que o efeito pico da morfina por via subcutânea pode ser superior a 30 minutos. • Se o doente tiver um acesso endovenoso disponível administrar a mesma dose recomendada para a via subcutânea de forma a se conseguir um efeito mais rápido. 	<p>Em doentes que já realizavam previamente opióides ^{14,18,20}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar um bólus de 10% da dose total do opióide que o doente se encontrava a realizar nas últimas 24 horas, por via subcutânea ou endovenosa, após ter previamente realizado equianalgesia de per os para essas vias. • Se a dispneia persistir a dose pode ser aumentada em 25%.
---	--	---

	<ul style="list-style-type: none">• Monitorizar a frequência respiratória uma vez que o efeito pico da morfina administrada por via endovenosa é mais rápida.	
--	---	--

Quadro 11: Recomendações Farmacológicas no Controlo da Dispneia

3.3. Recomendações Não Farmacológicas no Controlo da Dispneia

- Exercícios de respiração como o treino da respiração profunda diafragmática e respiração com os lábios semicerrados promovem a efetiva função pulmonar, sensação de relaxamento e redução da ansiedade, conduzindo ao alívio físico e a tranquilidade. O doente deve ser ensinado a conservar energia, priorizando atividades e o descanso para não piorar a dispneia.^{17,19,20,21}
- O apoio psicológico, toque terapêutico, folhetos com informação sobre como controlar este sintoma, ensinamentos dirigidos aos doentes e cuidadores, um ambiente tranquilo, posicionamentos com ajuda total ou parcial para reduzir o trabalho de respiração (descanso, recuperação, atividade), controlo da respiração, estimulação e *adaptação* dos estilos de vida, plano de exercícios individualizado, técnicas de relaxamento, técnicas de desobstrução das vias aéreas, ensinamentos sobre nutrição e hidratação, técnicas cognitivo-comportamentais, hipnose, acupuntura, acupressão, técnicas de relaxamento e encaminhamento para serviços especializados são recomendados no controlo da dispneia, proporcionando para além do alívio físico, tranquilidade e transcendência, uma vez que a pessoa ganha competências para gerir a sua situação de doença.^{14,15,19,20,21}
- No final de vida, a sensação de ar a passar pela face pode reduzir a dispneia estimulando o nervo trigêmeo. A utilização de um leque ou de uma ventoinha pode melhorar a sensação de dificuldade respiratória.^{14,20}

4. CONCLUSÃO

Em pessoas com doença oncológica em fim de vida, geralmente são múltiplos os sintomas que sentem sendo a dor e a dispneia um *cluster* estável e com elevada incidência nesta população e por isso importante a definição de linhas orientadoras no concerne ao controlo destes no sentido de proporcionar o maior conforto aos doentes e seus cuidadores (MacDonald, 2002, Dong, Butow, Costa, Lovell & Agar, 2014 e Karabulu, Erci, Ozer & Ozdemir, 2010,).

Em ambos os sintomas, a literatura recomenda a sistematização, apreciação e registo dos mesmos que permita o diagnóstico etiológico, a identificação de componentes cognitivos, psicológicos e sociais que se encontrem a influenciar a vivência dos mesmos, levando a uma individualizada prescrição terapêutica e avaliação dos tratamentos prescritos. Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com o doente, este tem um papel fundamental no controlo destes sintomas, exigindo uma apreciação abrangente e holística, tendo atenção aos detalhes. (Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti & Roila, 2012, Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya & Matoba, 2013, Corcoran, 2013, e Morris & Galicia-Castillo, 2015).

As causas destes sintomas são multifatoriais, sendo que as opções de tratamento incluem intervenções farmacológicas que são reforçadas com a utilização em simultâneo de intervenções não farmacológicas, contribuindo para a redução da intensidade dos sintomas, das suas exacerbações e da ansiedade, diminuindo assim o sofrimento e proporcionando o aumento do conforto (Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse & Vissers, 2014, Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015 e Farquhar, 2011, Kolcaba, 2003).

A elaboração e divulgação de linhas orientadoras de boa prática torna-se uma prática importante e recomendada pela Ordem dos Enfermeiros, uma vez que permitirá aos profissionais acederem a informação fiável e atualizada sobre o controlo destes sintomas. Porém, para além dos profissionais poderem ser guiados por estas linhas orientadoras é fundamental ter em conta a individualidade de cada doente (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros refere ainda que a produção de linhas orientadoras de boa prática constituem uma base estrutural importante para a melhora contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A avaliação dos resultados é obtido pelo nível de conforto em que a pessoa com doença oncológica e sua família se encontra, sendo indispensável ouvir o doente relativamente à melhoria do seu estado, ou o evidenciar através de atitudes e expressões e se necessário planear ou implementar novas intervenções de enfermagem intencionalmente dirigidas ao conforto (Kolcaba, 2003).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Ben-Aharon, I., Gaftor-Gvili, A., Leibovici, L. & Stemmer, S.M. (2012). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncologica*. 51. 996– 1008.¹⁸
- Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2. 1-6.²
- Bonk, A.K. (2012). Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 39. (3). 257-260.¹⁹
- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Besse, K. & Engels, Y. (2014). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*. 23.1409-1420.¹⁰
- Buchanan, A., Geerling, J., & Davies, a. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20. (3). 126-129.¹³
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S. Bennett, M.I, Brinelli, C., Cherny, N. ...Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*, 13, 58 – 68.⁹
- Chapman, S. (2012). Cancer pain part 1: causes and classification. *Nursing Standard*. 26. (47). 42-46.⁷
- Cleeland, C.S. (2010). Assessing the Symptoms of Cancer Using Patient-Reported Outcomes (ASCPRO): Searching for Standards. *Journal of Pain and Symptom Management*. 39. (6).1077-1085.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17.(4).438-440.¹⁷
- Dale, O., Moksnes, K., & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review. *Palliative Medicine*. 25.(5) 494–503.¹¹

- Dong, S., Butow, P., Costa, D., Lovell, M. & Aga, M. (2014). Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2. 1-32.
- Farquhar, M., Prevost, A., McCrone, P., Higginson, I., Gray, J., Brafman-Kennedy, B. & Booth, S. (2011). Study Protocol: Phase III single-blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease. *Trials*, 12. (130). 1-11.¹⁵
- Fielding, F., Sanford, T. & Davis, M. (2013). Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines. *International Journal of Palliative Nursing*. 19. (12). 584-591.³
- Hui, D., Morgado, M., Chisholm, G., Withers, L., Nguyen, Q., Finch, C., Frisbee-Hume, S. & Bruera, E. (2013). High-Flow Oxygen and Bilevel Positive Airway Pressure for Persistent Dyspnea in Patients With Advanced Cancer: A Phase II Randomized Trial. *Journal of Pain & Symptom Management*. 46.(4). 463-473.
- Karabulu, N., Erci, B., Ozer, N., & Ozdemir, S. (2010). Symptom clusters and experiences of patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 66. (5). 1011–1021.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.²¹
- LeBlanc, T. & Abernethy, A. (2014). Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea. *J Natl Compr Canc Netw*, 12. (7). 989– 992.
- MacDonald, N. (2002). Redefining symptom management. *Journal of Palliative Medicine*. 5. (2). 301-304.
- McHugh, M.E., Miller-Saultz, D., Wuhrman, E.& Kosharsky, B. (2012). Interventional pain management in the palliative care patient. *International journal of Palliative Nursing*. 18. (9). 426-433.
- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. & Walter, C. (2002). – *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Loures. Lusociência.
- Morris, D. & Galicia-Castillo, M. (2015). Dying With Dyspnea in the Hospital. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 26. 1-3.

- National Comprehensive Cancer Network. (2011). *NCCN guidelines palliative care*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.²⁰
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.⁵
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*. 12. 7. 338-344.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oncology Nursing Society. (2012). *Putting evidence into practice: Dyspnea*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.¹⁸
- Paice, J.A. & Ferrell, B. (2011). The Management of Cancer Pain. *A Cancer Journal for Clinicians*. 61.157–182.⁸
- Pathmawathi, S. Beng, T.S., Rosli, R. Sharwend, S. Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16. (4). 552-560.¹⁶
- Raymond, V., Bak, K., Kiteley, C., Martelli-Reid, L., Poling, M.; Cameron, A., Maddison, G., Minhas, P. & Stefaniuk, K. (2010). *Symptom management guide-to-practice: dyspnea*. Canadá: Cancer Care Ontario.¹⁴
- Ripamonti, C.I., Santini, D., Maranzano, E. Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23. (7). 39-54.¹
- Rustoen, T., Geerling, J.I., Pappa, T., Rundtrom, C., Weisse, I., Williams, S.C., Zavratinik, B. & Wengstrom, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*. 17. 402-407.¹²

- Siegert, R.J., Goa, W., Walkey, F.H., Higginson, I.J. (2010). Psychological Well-Being and Quality of Care: A Factor-Analytic Examination of the Palliative Care Outcome Scale. *Journal of Pain and Symptom Management*. 40. (1).67-74.
- Weingärtner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Eywill, M.S., Prenzel, R. Otremba, B. Mühlenbrock, J. Bausewein, C., Higginson, I.J., Voltz, R., Herich, L. & Simon, S.T. (2015). Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study. *Palliative Medicine*. 29. (5) 420 – 428.
- Wengstrom, Y., Geerling J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*. 18. 127-131.⁶
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909. ⁴

6. APÊNDICE

Apêndice I – Análise da qualidade da evidência científica que baseia as
recomendações

Para delinear a aplicabilidade das linhas orientadoras no contexto clínico é necessário analisar a qualidade da evidência científica que está na base das recomendações, sendo para tal sugerido pela OE (2007) o recurso ao AGREE (Appraisal of guidelines for Research and Evaluation), um instrumento considerado útil no reconhecimento das linhas orientadoras da prática clínica, com os seguintes níveis de evidência:

1A- Evidência obtida através de uma meta-análise ou revisão sistemática de vários estudos comparativos aleatórios.

1B- Evidência obtida através de, pelo menos, dois estudos comparativos aleatórios.

2A- Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo exploratório intencional.

2B- Evidência obtida através de, pelo menos, um estudo quase experimental.

3 – Evidência obtida através de estudo descritivo não experimental (estudos comparativos, estudos correlativos e estudos de caso).

4 – Evidência obtida através da opinião consensual de peritos e recomendações das autoridades de saúde.

(Ordem dos Enfermeiros. (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados).

Artigo	Autor	Ano	Nível de evidência	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	População
Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: A	Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Leibovici, & Stemmer,	2012	1 A	Determinar intervenções a serem realizadas para	Revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados (RCT) e meta-análises	Pessoas com doença oncológica em

systematic review and meta-analysis				o controlo da dispneia		fim de vida com dispneia
Management of Dyspnea in a Patient With Lung Cancer	Bonk	2012	3	Determinar as medidas a realizar na gestão da dispneia	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso).	Pessoas com tumor do pulmão primário ou com metástases pulmonares
Adoptation of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study	Boveldt, Vernooij-Dassen, Besse, & Engels	2014	3	Avaliar a prevalência e intensidade da dor e a sua interferência nas atividades diárias	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso e correlativos).	Pessoas com doença oncológica em ambulatório
Breakthrough cancer pain: the role of the nurse.	Buchanan, Geerling, & Davies,	2014		Descrever as medidas a serem	Opinião de identidades reconhecidas/autoridades respeitáveis	Pessoas com doença

			4	implementadas no tratamento da dor irruptiva, nomeadamente as recomendações publicadas recentemente pela Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica		oncológica com dor
Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC.	Caraceni, Hanks, Kaasa, Bennett, Brinelli, Cherny, ...Sjogren,	2012	2B	Descrever as orientações sobre a utilização de opióides no tratamento da dor	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com risco baixo de viés	Pessoas com doença oncológica com cancro avançado com dor
Cancer pain part 1: causes and classification	Chapman	2012		Descrever as diferentes etiologias da	Estudo quase-experimental	Pessoas com doença oncológica

			2B	dor oncológica de forma a distingui-las e atuar sobre elas.		com dor nos diferentes estadios de doença
Palliative Care and Dyspnea	Corcoran	2013	3	Descrever a avaliação da dispneia e as estratégias de tratamento adequadas	Estudo descritivo não experimental (estudos de caso).	Pessoas com doença oncológica com dispneia em fim de vida
European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects. A systematic review.	Dale, Moksnes, & Kaasa	2010	1B	Fornecer orientações para melhorar o controlo da dor e diminuir os efeitos secundários dos opióides.	RCT	Pessoas com doença oncológica com necessidade de rotação de opióides fortes para o controlo da dor

Study Protocol: Phase III single- blinded fast-track pragmatic randomised controlled trial of a complex intervention for breathlessness in advanced disease	Farquhar, Prevost, McCrone, Higginson, Gray, Brafman- Kennedy, & Booth.	2011	2B	Descrever as medidas a implementar para controlar a dispneia, dimuindo a angustia que lhe está associada e aumentando a sensação de controlo por parte do doente, bem como a relação custo-benefício	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com baixo risco de viés	Pessoas com doença oncológica em fase avançada, com dispneia com diferentes graus de severidade
Achieving effective control in cancer pain: a review of current guidelines	Fielding, Sanford, & Davis	2013	2A	Descrever os princípios de gestão da dor	Estudo exploratório intensional	Pessoas com doença oncológica com dor

Building the palliative care evidence base: lessons from a randomized controlled trial of oxygen vs. room air for refractory dyspnea	LeBlanc, & Abernethy	2014	1A	Comparar a eficácia na gestão da dispneia entre oxigénio e ar ambiente	Revisões sistemáticas de de ensaios clinicos randomizados	239 Pessoas com doença oncológica com dispneia, em 120 foi administrado oxigénio e 119 foi controlada com ar ambiente
NCCN guidelines palliative care. Washington: National Comprehensive Cancer Network.	National Comprehensive Cancer Network	2011	2A	Descrever as orientações na gestão da dispneia	Estudo exploratório intencional	Pessoas com doença oncológica em cuidados paliativos com dispneia
NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain. Washington: National	National Comprehensive Cancer Network	2014	1A	Descrever as orientações na gestão da dor oncológica	Revisões sistemáticas de RCT e meta-análises	Pessoas com doença oncológica com dor

Comprehensive Cancer Network						
The Management of Cancer Pain.	Paice, & Ferrell	2011	3	Analisar as abordagens no tratamento da dor tendo em conta as várias vertentes (física, social, psicológica e espiritual)	Estudo não-experimental	Pessoas com doença oncológica, idosos, em tratamento antineoplásico, após tratamentos e em fim de vida com dor
Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study.	Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha, & Christopher,	2015	3	Analisar o impacto da dor irruptiva	Estudo qualitativo com base em uma série de entrevistas abertas	21 Pessoas com doença oncológica com dor internadas num serviço de cuidados paliativos
Symptom management	Raymond, Bak, Kiteley,	2010		Produzir guias orientadores da	Revisões sistemáticas de RCT	Pessoas com doença

guide-to-practice: dyspnea	Martelli-Reid, Poling, Cameron, Maddison, Minhas, & Stefaniuk		1A	prática para o tratamento da dispneia		oncológica com necessidade de gestão de dispneia
Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines	Ripamonti, Santini, Maranzano, Berti, & Roila	2012	1 A	Determinar as medidas a realizar na gestão da dor oncológica	Revisões sistemáticas de RCT e meta-análises	Pessoas com doença oncológica com dor em qualquer estadio da doença
Putting evidence into practice: Dyspnea.	Oncology Nursing Society	2012	1 A	Comparar a eficácia das doses de opioides de resgate por via oral ou endovenosa, quer 25% ou 50% da dose	Revisões sistemáticas de RCT	33 Pessoas com doença oncológica em fim de vida que já realizavam opioides

				que a pessoa realizava nas 24h00 regularmente		
How nurses assess breakthrough cancer pain, and the impact of this pain on patients' daily lives – Results of a European survey	Rustoen, Geerling, Pappa, Rundtrom, Weisse, Williams, Zavratnik, & Wengstrom,	2013	2 B	Determinar o conhecimento dos enfermeiros em distinguir a dor irruptiva da dor de base, a avaliação da dor irruptiva, bem como qual o impacto que este tipo de dor tem na pessoa e os fatores que os enfermeiros consideram que pode induzir este tipo de dor	Estudo caso-controle coorte com grande probabilidade de relação causal	1241 Enfermeiros (90% do sexo feminino) de 12 países europeus que cuidam de pessoas com doença oncológica

Characteristics of episodic breathlessness as reported by patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer: Results of a descriptive cohort study	Weingärtner, Scheve, Gerdes, Eywill, Prenzel, Otremba, Mühlenbrock, Bausewein, Higginson, Voltz, Herich, & Simon	2015	3	Descrever o impacto da dispneia, privilegiando o autorrelato	Estudo coorte descritivo	82 Pessoas (50 com DPOC e 32 com cancro do pulmão em qualquer fase)
European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines	Wengstrom, Geerling & Rustoen	2014	1 B	Atualizar e informar os enfermeiros sobre a melhor evidência científica disponível na avaliação e gestão da dor irruptiva	Estudo de caso-controle de alta qualidade, com baixo risco de viés	Enfermeiros que lidam na prática com pessoas com doença oncológica com dor irruptiva

Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations	Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba	2013	1A	Desenvolver um guia orientador de boas práticas, com as recomendações e justificação das mesmas no tratamento farmacológico da dor	Meta-análises e revisões sistemáticas (RCT)	Pessoas com doença oncológica que vivenciem dor.
---	---	------	----	--	--	---

Apêndice XVI – Resumo e Póster “Dor no Doente Oncológico em Fim de Vida –
Intervenções de Enfermagem

Evento: VIII Congresso Nacional de Cuidados Paliativos

Tipo de Submissão: Comunicação Oral

Tema: Sintomas: Dor e outros sintomas

Título: Enfermeira

Título do Trabalho: DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA –
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome(s) do(s) Autor(es):

Anjos, C.

Sá, E.

[REDACTED]

Instituições:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Nome Clínico: Carla Anjos

Especialidade: Enfermeira

Cédula Profissional: [REDACTED]

Morada: [REDACTED]

Localidade: Lisboa

Código Postal: [REDACTED]

Telemóvel: [REDACTED]

Introdução

A evolução da tecnologia e da medicina tem levado a um aumento do envelhecimento e das doenças crónicas. Segundo a literatura, o cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade e no conjunto das causas de mortalidade, este encontra-se em segundo lugar, após as doenças cérebro-cardiovasculares.

Apesar dos avanços no tratamento, mais de 570.000 pessoas morrem em cada ano de cancro e mais de 70% terá a dor como um sintoma no final da vida.

Dos sintomas mais frequentes no doente oncológico em final de vida, a dor é apontada como o mais prevalente e temido nesta população, sendo que altos níveis de dor interferem fortemente com as atividades de vida diárias e diminuem a qualidade de vida. Desta forma, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros desempenham um papel fundamental na avaliação e controlo deste sintoma, para a

implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas que vão ao encontro das necessidades do doente/família.

Objetivos

Pretende-se identificar os aspetos a considerar na avaliação da dor no doente oncológico, os princípios gerais na utilização de opióides e contribuir para a otimização das práticas de enfermagem no controlo da dor na pessoa com doença oncológica.

Metodologia

Foi delineada a pergunta PI(C)O “Quais as intervenções de enfermagem no controlo da dor na pessoa com doença oncológica em fim de vida num serviço de internamento?” A base de dados utilizada foi a EBSCO (CINAHL, MEDLINE), seleccionando artigos em full text, publicados entre o ano 2010 e 2015, utilizando as palavras-chave: dor oncológica, cuidados paliativos e intervenções de enfermagem.

Resultados

A apreciação inicial e contínua da dor e do doente deve esclarecer tanto a necessidade de uma apreciação global, como a de um plano de cuidados, sendo um fator para o adequado tratamento. O enfermeiro tem um papel essencial na apreciação e registo da dor, considerando as características da mesma, como o local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de alívio e agravamento, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido, do estabelecimento do fluxo das ações a serem realizadas e gerência dos possíveis efeitos colaterais. Os dados de apreciação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, para a identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa, para a prescrição terapêutica e a avaliação dos tratamentos prescritos.

Vários estudos propõem que o tratamento algico deve cumprir a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde. Esta escada orienta o uso de analgésicos para o alívio da dor oncológica, tendo em conta a sua intensidade, permitindo flexibilidade para a escolha do mesmo dentro de cada degrau. Salienta ainda a importância do apoio psico-socio-espiritual, o tratamento de outros sintomas e a utilização de medidas não farmacológicas.

A via oral é a preferencial, bem como a prescrição de esquemas terapêuticos regulares em horas fixas para o controlo da dor. A prescrição da medicação de resgate deve ser tida em conta nos episódios de dor irruptiva, que se manifesta apesar das doses regulares.

A titulação de opióides fortes é considerada uma estratégia adequada para atingir a eficácia terapêutica e o controlo dos efeitos secundários.

Relativamente aos efeitos secundários, o risco de depressão respiratória é o mais temido pelos profissionais de saúde, é recomendada a vigilância regular do estado de consciência do doente, bem como a observação das características da respiração. Os distúrbios gastrointestinais são os mais frequentes necessitando de uma abordagem multimodal.

Conclusão

Segundo a literatura, menos de 20% dos doentes que faleceram nos hospitais com idades compreendidas entre os 65 – 74anos, receberam cuidados paliativos e o adequado tratamento da dor. Este mostra-se como um dos sintomas mais debilitantes no final da vida.

A sistematização, apreciação e registo da dor é fundamental para o seu adequado tratamento. Os dados da sua apreciação são a base para o diagnóstico etiológico da dor, identificação dos componentes cognitivos, emocionais e sociais que possam estar a influenciar a vivência dolorosa e para a prescrição terapêutica e apreciação dos tratamentos prescritos. Sendo o enfermeiro o profissional que mais tempo passa com o doente, este tem um papel fundamental no controlo da dor.

A eficácia das intervenções farmacológicas poderá ser potenciada com a utilização em simultâneo das intervenções não farmacológicas, contribuindo para a redução da intensidade da dor, das suas exacerbações e da ansiedade, promovendo o aumento do conforto e bem-estar que constituem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

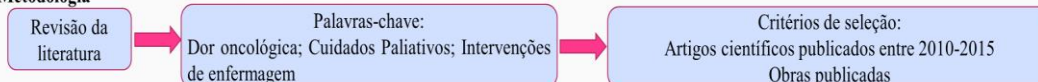
Dor no Doente Oncológico em Fim de Vida – Intervenções de Enfermagem

Autores: Carla Anjos, Estudante da Pós-Especialização em Médico-cirúrgica, na Vertente de Enfermagem Oncológica na ESEL
Eunice Sá, Doutoranda em Enfermagem- Professora Adjunta na ESEL, Lisboa.

Introdução: A dor tem sido apontada como o sintoma mais prevalente e temido pelo doente oncológico, diminuindo fortemente a sua qualidade de vida. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desempenham um papel essencial na avaliação e controlo deste sintoma, monitorizando regularmente a dor em todas as suas vertentes para que seja possível obter o sucesso na estratégia terapêutica.

Objetivos: Identificar os aspetos a considerar na avaliação da dor no doente oncológico, os princípios gerais na utilização de opióides e contribuir para otimizar as práticas de enfermagem no controlo da dor na pessoa com doença oncológica

Metodologia



Resultados

Fig.1. Aspetos a considerar na avaliação da dor oncológica



Fig.2. Princípios gerais no tratamento da dor

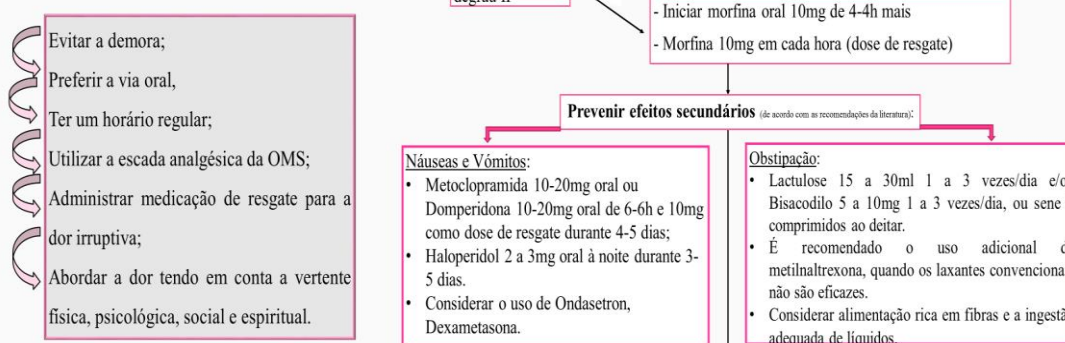


Fig.3. Recomendações na utilização de opióides

- Abordar receios e mitos,
- Titular opióides,
- Prevenir efeitos secundários.

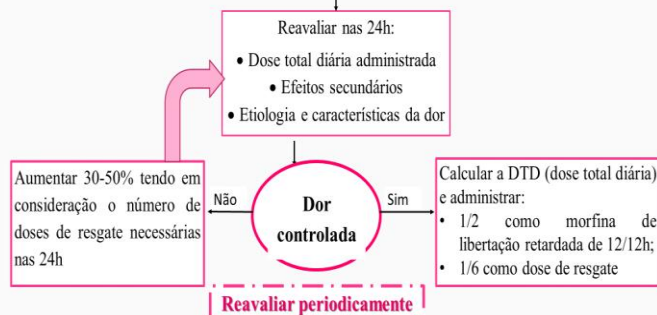


Fig. 4. Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa não controlada

Conclusão: A avaliação inicial e contínua da dor e do doente deve esclarecer tanto a necessidade de avaliação global como a de um plano de cuidados. Sem a completa avaliação da dor e seu registo, não é possível estabelecer intervenções que vão de encontro às suas reais necessidades. Assim o enfermeiro que cuida destes doentes deve deter competências para garantir a correta implementação das medidas aqui focadas.

- **Bibliografia:** Bess, K., Vernooij-Dassen, M., Vissers, K. & Engels, Y. (2014). The Impact of a National Guideline on the Management of Cancer Pain on the Practice of Pain Assessment and Registration. *Pain Assessment in Patients with Cancer*. 2, 1-6.
- Boveldt, N., Vernooij-Dassen, M., Bess, K. & Engels, Y. (2014). Adoption of an evidence-based clinical practice guideline in cancer pain management by medical oncologists: a case vignette study. *Support Care Cancer*. 23, 1409-1420.
- Caraceni, A., Hanks, G., Kaasa, S., Bennett, M.I., Brinell, C., Cherny, N. ... Sjogren, P. (2012). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol*. 13, 58-68.
- Dale, O., Moksnes, K. & Kaasa, S. (2010). European Palliative Care Research Collaborative pain guidelines: Opioid switching to improve analgesia or reduce side effects: A systematic review. *Palliative Medicine*. 25, (5) 494-503.
- National Comprehensive Cancer Network. (2014). *NCCN clinical practice guidelines in oncology: adult cancer pain*. Washington: National Comprehensive Cancer Network.
- Pathanawathi, S., Berg, T.S., Rosli, R., Sharwend, S., Kavitha, R.R., & Christopher, B.C.M. (2015). Satisfaction with and Perception of Pain Management among Palliative Patients with Breakthrough Pain: A Qualitative Study. *Pain Management Nursing*. 16, (4) 552-560.
- Riganonci, C.I., Santini, D., Maranzano, E., Berti, M. & Roila, F. (2012). Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*. 23, (7), 39-54.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43, (9), 896-909.
- Wengstrom, Y., Geering, J. & Rustoen, T. (2013). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*. 18, 127-131.

Apêndice XVII – Estudo de caso no serviço de Cirurgia Geral

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica Vertente
Oncológica

Unidade Curricular – Estágio com Relatório

ESTUDO DE SITUAÇÃO

Docente:

Professora: Eunice Sá

Enfermeira Orientadora:



Discente:

Ana



Carla Alexandra Almeida Anjos N° 88

Lisboa, Fevereiro de 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. DADOS DEMOGRAFICOS	5
2. HISTÓRIA DE SAÚDE	5
2.1 Antecedentes pessoais e de saúde	5
2.2. Antecedentes familiares	5
2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida	5
2.4. História da doença até à morte	6
3. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	9
4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA	9
5. IMPACTO DA DOENÇA	10
6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS	13
7. CONCLUSÃO	15
8. BIBLIOGRAFIA	16
9. ANEXOS	
Anexo I - Escala de Graffar Adaptado	
Anexo II – Genograma	
Anexo III – Ecomapa	
Anexo IV – Escala FOIS	
Anexo V – Escala de Braden	
Anexo VI – Escala de Morse	
Anexo VII – Índice de Barthel	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, realiza-se o presente estudo de situação através da parceria entre dois elementos a implementar o seu Projeto de Intervenção no Serviço de Cirurgia Geral.

Esta parceria revelou-se pertinente e proveitosa uma vez que ambas se encontram a aprofundar conhecimentos na área da promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família. Contribuindo para este, a dupla visão sobre a mesma situação, bem como os conhecimentos específicos acerca da sintomatologia presente, potenciando os cuidados dirigidos ao doente.

A informação utilizada para este trabalho foi obtida pela consulta do processo clínico através da aplicação informática SClinico, recolhida junto do senhor alvo dos nossos cuidados e sua família, bem como através dos elementos da equipa de cirurgia e de cuidados paliativos que contribuíram para a promoção do conforto do senhor acompanhando-o até à sua morte.

Consequentemente, esta colheita de dados teve por base a observação da pessoa alvo dos cuidados e sua família com o propósito de compreender o seu problema de saúde e o contexto envolvente de forma a planificar cuidados adequados, individualizados e de qualidade (Phaneuf, 2002). Os momentos de colheita de dados tiveram por base o respeito pela pessoa, indo de encontro à sua disponibilidade, aos seus horários, aos seus silêncios, protegendo a sua privacidade e intimidade e aceitação ou recusa (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A abordagem realizada foi primordialmente baseada no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009) que afirma a prática de enfermagem como preocupação com o bem-estar dos outros não passando apenas por qualidade científica ou técnica mas sim uma qualidade humana e humanizadora tratando o outro com gentileza e dignidade.

Por questões de privacidade e respeito pela pessoa denominaremos de senhor F. a pessoa alvo de cuidados, utilizando assim um nome fictício.

O impacto da doença oncológica neste senhor e na sua família foi acedido através da avaliação das necessidades humanas fundamentais definidas por Vírginia Henderson, de forma a perceber as suas reais necessidades, indo ao seu encontro de forma individualizada e personalizada.

A análise através da visão de conforto de Katharine Kolcaba vai de encontro ao cuidar da pessoa em fim de vida perspetivando o atingir dos postulados previstos nesta mesma teoria que se coaduna com filosofia dos cuidados paliativos.

1. DADOS DEMOGRAFICOS

Nome: F. N.S.

Nome que prefere ser tratado: F.

Género: Masculino

Idade: 82 anos

Naturalidade: Coimbra

Nacionalidade: Portuguesa

Local de Residência: Lisboa

Religião: Católico

Situação laboral: Reformado. Trabalhou como pedreiro na construção civil

Habilitações literárias: Correspondente ao 4º ano de escolaridade do ensino básico

Vive com: Filho senhor M. e com nora senhora Dona R.

Pessoas significativas: senhor M.e senhora Dona R.

Contacto do prestador de cuidados: 9xxxxxxx

Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde – Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% - Foro oncológico

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1 Antecedentes pessoais e de saúde

Relativamente aos antecedentes médicos o senhor refere ter hipertensão arterial, insuficiência renal crónica a realizar hemodiálise três vezes por semana, diabetes mellitus tipo II, dislipidémia, diverticulose cólica, colecistectomia em 2000 doença arterial dos membros inferiores submetido a by-pass ileo-femural esquerdo em 2000, neoplasia do jejuno submetido a enterectomia segmentar em 2011 com posterior quimioterapia neoadjuvante e neoplasia do cólon tendo sido submetido a hemicolectomia esquerda em 2012, ficando colostomizado. É alérgico à penicilina.

2.2. Antecedentes familiares

O senhor F. refere que a mãe faleceu há cerca de 40 anos com “uma doença ruim” (SIC), não sabendo especificar a causa efetiva. O pai faleceu há 32 anos na

sequência de um acidente de viação no trajeto de Lisboa – Coimbra. A esposa do senhor F. faleceu há cerca de 2 anos na sequência de um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico. O filho não tem antecedentes pessoais relevantes.

2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida

O senhor F. afirma nunca ter tido hábitos tabágicos e nega o consumo de outras substâncias aditivas, referindo ingerir um copo de vinho tinto às refeições. Confessa não ter tido uma alimentação saudável até 2000, fazendo intervalos muito espaçados entre cada refeição, não cumprindo o horário das mesmas. Não era seu hábito ingerir o pequeno-almoço, nem lanche e quando se encontrava com os amigos “abusava com os petiscos” (SIC).

O senhor afirma ser seguido no Centro de Saúde da Lapa não recorrendo frequentemente a este, uma vez que é acompanhado em várias especialidades de consultas externas hospitalares, referindo mesmo “perder-lhes a conta” (SIC). Assim este senhor é seguido num Hospital Central nas seguintes especialidades: Acessos vasculares, Cirurgia, Nefrologia, Urologia, Oftalmologia, Gastreenterologia, Glaucoma, Medicina Paliativa, Oncologia Médica, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Diabetologia e Coagulação.

2.4. História da doença até à morte

A história de doença do senhor F. inicia-se em 2011, quando é direccionado pelo Centro de Saúde para a consulta externa de cirurgia de um Hospital Central, após ter realizado análises ao sangue e pesquisa de sangue oculto nas fezes cujo resultado foi positivo.

Já na consulta externa realiza vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente colonoscopia com biopsia, Tomografia Axial Computorizada e análises sanguíneas com marcadores tumorais específicos CA 19.9 (Antigénio Carbohidrato) CEA (Antigénio Carcinoembrionário) que revelaram neoplasia do jejuno, tendo sido em Março desse mesmo ano submetido a enterectomia segmentar. Realizou posteriormente quimioterapia neoadjuvante.

Em 2012 por recidiva tumoral realizou hemicolectomia esquerda com colostomia, sendo acompanhado desde então na consulta de cirurgia, de oncologia médica e na unidade de patologia colo-retal.

Posteriormente, no dia 09 de Dezembro de 2015 recorreu ao Serviço de Urgência de um Hospital Central por distensão abdominal acompanhada de paragem de emissão de gases e fezes desde há cinco dias e hematemese, com dor abdominal moderada na escala qualitativa escolhida pelo doente, tipo moínha que exacerba com a mobilização caracterizando o senhor F. como pontadas que aliviam com o repouso.

Neste mesmo dia realizou Tomografia Axial Computorizada que demonstrou progressão do quadro de carcinomatose peritoneal em consonância com hepatomegalia metastática.

No seguimento foi internado no serviço de Cirurgia Geral e iniciou a seguinte terapêutica: Glucose em soro 1000cc/diário por via endovenosa, Metamizol de magnésio 2000mg endovenoso de 8/8horas, diazepam 5mg per os ao deitar, lactolose 10g/15ml 1 carteira ao pequeno-almoço outra ao lanche, esomeprazol 40mg 1 comprimido via oral em jejum, haloperidol 5mg endovenoso em SOS se inquietação, gabapentina 600mg oral à noite e Fentanilo 50mcg transdérmico que é substituído de 3 em 3 dias. Como medicação de resgate iniciou morfina 10mg endovenoso até seis vezes dia. Este ajuste terapêutico promoveu conforto ao senhor F. aliviando a sua dor e conseguindo este ter um sono reparador. Foi igualmente instituída dieta de água e chá em pequenas quantidades para conforto do senhor F.

Na perspetiva de progressão de doença, acompanhada de debilidade física e descontrolo sintomático, foi iniciado acompanhamento pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. E, no sentido de evitar medidas de futilidade terapêutica tais como as deslocações às sessões de hemodiálise, estas foram suspensas. Estas medidas foram discutidas com o filho e nora, tendo sido demonstrados os benefícios e malefícios que estas poderiam ter sobre o senhor F. Assim foi promovido o envolvimento da família na tomada de decisão, em parceria com o enfermeiro do Serviço de Cirurgia, cirurgião e o enfermeiro e médico da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (Barbosa e Neto, 2010).

Contudo, no dia 28 de Dezembro de 2015 pela degradação física do senhor que foi sendo cada vez mais evidente, com descontrolo sintomático visível, existiu a necessidade de introdução de fármacos em perfusão contínua para controlo da dor e do estertor. Nesta sequência, o senhor iniciou quadro de prostração acompanhado de oscilação do estado de consciência, nível 5/6 da escala de Ramsay, com gemido às

mobilizações que cessam em repouso e estertor audível junto do leito, nível 2 da escala Victoria Respiratory Congestion Scale.

Nesta fase já sem via oral e claramente desconfortável, assumiu-se que o doente se encontrava numa fase agónica, ou seja nos últimos dias/horas de vida (APCP, 2005). Desta forma, todos os cuidados foram baseados na promoção do conforto, iniciando por adequar a via de administração terapêutica, para via subcutânea que foi colocado na região intraclavicular esquerda, aproveitando o momento para a sensibilização da equipa de enfermagem de cirurgia pelo enfermeiro de cuidados paliativos (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).

O filho e a nora tendo sido uma presença constante no internamento, mostravam-se ansiosos e tristes com a situação, motivo que impulsionou a conferência familiar da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, o cirurgião, o enfermeiro do internamento e a família, com o intuito maior de dar conhecimento da evolução do quadro clínico bem como as medidas de conforto passíveis de serem implementadas. Pelo filho manifestar choro fácil e sentir impotência perante a situação, foi reforçada a importância da presença da família bem como dos gestos de carinho e apoio demonstrados ao senhor F., sublinhando o papel que estes têm na promoção de conforto (Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011).

Assim iniciou morfina a 60mg + 10mg de haloperidol e 20mg de butilescopolamina em 50cc de cloreto de sódico a 2cc/h. Consequentemente foi retirado o sistema de fentanilo transdérmico.

Esta perfusão foi iniciada envolvendo a família, bem como a equipa médica e de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, tal como preconizado pelas boas práticas (Shimizu et al., 2013). Após algumas horas era visível o fácies de aparente conforto do senhor, o que contribuiu para a diminuição da ansiedade da família e aumento da satisfação por parte dos profissionais de saúde relativamente aos resultados das medidas conforto implementadas (SECPAL, 2011 e Bakitas, Bishop & Hahn, 2014).

O senhor F. faleceu na presença da família, no dia seguinte, com fácies de aparente conforto.

Assim, na fase agónica os objetos são assegurar que a pessoa está confortável física, espiritual e emocionalmente, que os momentos até à morte sejam de paz e

dignidade e que, o cuidar destas pessoas e sua família deixem nestes últimos e nos profissionais as memórias mais positivas possíveis (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2010).

3. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

O senhor F. anteriormente ao internamento mudou-se de sua casa onde habitava sozinho, para a residência do seu filho onde se sentia mais acompanhado. O filho e a nora sendo os cuidadores significativos, acompanhavam-no às consultas e sessões de hemodiálise alternadamente de forma a evitar a sobrecarga do cuidador.

Deste modo, a residência do senhor M. situa-se na freguesia da Lapa, em Lisboa, sendo uma moradia, com saneamento básico, eletricidade, tendo dois andares, localizando-se o quarto do senhor F. no andar inferior o que facilita a sua deslocação dentro de casa, bem como as saídas à rua, uma vez que não tem escadas que lhe dificultem o acesso. O senhor F. descreve a habitação como confortável, localizando-se num bairro calmo e com fácil acessibilidade.

Relativamente às condições socioeconómicas, e aplicando a classificação social internacional de Graffar conclui-se que tem um score 17 inserindo-se na escala média (Anexo I).

De forma a melhor compreender a estrutura familiar, encontra-se em Anexo II, o genograma desta família. Quanto às relações entre a família e a comunidade, são descritas no ecomapa (Anexo III), podendo-se perceber que esta família apresenta uma relação forte e coesa. Conclui-se que as estruturas da comunidade mais valorizadas são as instituições de saúde, os vizinhos e amigos, e a menos valorizada é a igreja. O senhor F., não referiu a existência de relações tensas, quer com a sua família, quer com os recursos da comunidade.

4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA

À observação objetiva, o senhor F. encontra-se emagrecido e desidratado, com abdómen volumoso mas depressível à palpação, aparentando uma idade superior à real. Olhar vago não dirigido e triste, com humor deprimido, e apático. A sua postura corporal manifesta desconforto através da sua posição fetal.

Contudo, aquando da visita do filho e nora, este olhar “abria-se” demonstrando um sorriso que acompanhava um fâcies aparentemente mais tranquilo.

No domicílio realizava as suas atividades de vida diária de forma independente, após o internamento apresenta-se gradualmente mais dependente.

5. IMPACTO DA DOENÇA

Analisando a situação com base nas Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virgínia Henderson, foram encontrados problemas para os quais se tentaram definir medidas de conforto enquadrando-as na Teoria de Kolcaba para os minorar.

NHF Comer e beber: No início do internamento e ainda capaz de ingerir líquidos, eram administradas pequenas quantidades de água e chá de cidreira e tília, sendo os preferidos do senhor, sendo proporcionado alívio físico pela hidratação e tranquilidade tendo em conta as preferências do senhor (Kolcaba, 2003).

Posteriormente, por incapacidade de utilização de via oral devido ao quadro de prostração e oscilação do estado de consciência, foi intensificada a higiene e hidratação da mucosa oral para prevenção do desconforto da xerostomia, nomeadamente com a utilização de pequenas lascas de gelo triturado. De forma a envolver a família, foi solicitado que trouxesse o creme labial hidratante que o senhor já utilizava no domicílio e de acordo com o mesmo ser-lhe-ia confortável a sua aplicação, bem como incentivados a prestar cuidados à cavidade oral. Assim, foi proporcionado alívio físico, tranquilidade e transcendência, pelo envolvimento da família nos cuidados, diminuindo a sua sensação de impotência face à situação do senhor F., abrangendo os três níveis de conforto da Teoria de Kolcaba.

Utilizando a Functional Oral Intake Scale (FOIS) (anexo IV), este senhor tem o nível correspondente ao de maior severidade (1), ou seja, incapacidade de ingestão por via oral. Não foi possível avaliar o peso e altura do senhor, calculando-se o índice de massa corporal.

NHF Respirar: Apresentando o senhor F. cansaço fácil a médios esforços, e saturações periféricas de oxigénio de 87% e tal como recomendado na evidência

científica, foi administrada oxigenoterapia por óculos nasais a 1L/ min para alívio do desconforto.

Este era posicionado preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, uma vez que era previamente conhecida como posição de conforto do senhor F. indo assim, de encontro às suas preferências. Foi-se assim de encontro às recomendações descritas na evidência científica como facilitadoras da drenagem postural evitando acumulação de secreções a nível da orofaringe diminuindo o estertor (Twomey & Dowling, 2013).

Foi igualmente posicionado com ajuda total para reduzir o trabalho respiratório, e espaçadas as alternâncias de decúbito perspetivando a diminuição do desconforto causado pelas mesmas (Corcoran, 2013).

Os cuidados de enfermagem realizados objetivaram o conforto presente nos postulados de Kolcaba, em especial o alívio físico através dos posicionamentos e a tranquilidade respeitando a sua posição de conforto (Kolcaba, 2003).

NHF Estar limpo e proteger os tegumentos. Mover-se e manter uma postura correta. Vestir e despir. Estar limpo e proteger os tegumentos. Manter a temperatura dentro dos limites normais. Eliminar. Evitar os perigos. Apresentando o senhor F. cansaço fácil, e tal como acima referido foi posicionado e massajado sempre que necessário, tendo em consideração o seu estado clínico, promovendo o relaxamento e diminuindo a tensão muscular, bem como foi utilizado o toque terapêutico como forma de transmissão de empatia, tranquilidade e conforto (Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015).

De acordo com a evidência científica e por se encontrar na fase agónica que potencia o aparecimento de hiperémias não branqueáveis devido ao estado de má perfusão tecidular, apresenta um alto risco de desenvolver úlceras por pressão, de acordo com a avaliação realizada recorrendo a escala de Braden (Anexo VI), com score 11. Quanto ao risco de queda, segundo a escala de Morse (Anexo VII), apresenta um baixo risco, com score 15. Relativamente a avaliação da independência funcional e mobilidade, utilizando a escala modificada de Barthel (Anexo VIII), o senhor F. apresenta uma dependência severa, obtendo um score 0.

Quanto aos cuidados de higiene são realizados no leito, com ajuda total, ficando assim mais confortável. O filho tem particular gosto em realizar os cuidados à barba do pai, com grande satisfação para ambos. Era-lhe vestido o seu próprio pijama, sendo-lhe aplicado o seu creme hidratante, o seu perfume, aumentando o conforto do senhor F.. Sendo assim, uma medida de transcendência para o senhor e sua família (Kolcaba, 2003).

No início do internamento o senhor encontrava-se em sub-oclusão, estando a colostomia não funcionante, sendo este o seu principal problema uma vez que lhe causava dor. Após ajuste do esquema terapêutico, o senhor ficou mais confortável com redução da dor abdominal de moderada para ligeira. Ao sexto dia de internamento, a colostomia começou a funcionar de fezes semi líquidas, em pequena quantidade e ar, não tendo sido necessárias outras medidas invasivas.

NHF Dormir e repousar: No início do internamento, o senhor referia insónia durante o período noturno, dormindo cerca de 3 a 4 horas por noite, o que se traduzia numa sonolência diurna. Posteriormente e com ajuste terapêutico (analgesia e benzodiazepinas) associado à presença da família que transmitia segurança ao doente, bem como a disponibilidade por parte da equipa de enfermagem, foi possível alcançar um sono reparador. Contudo, mais tarde, e já numa fase agónica, o senhor mantinha-se mais adormecido com prostração associada e não reatividade aos estímulos.

Com as medidas de conforto implementadas foi possível atingir o conforto preconizado por Kolcaba, através do alívio físico, pela reparação do sono, tranquilidade, pelo bem - estar após um sono reparador, e transcendência atingida pela segurança transmitida pela família e equipa de enfermagem.

NHF Comunicar com os seus semelhantes: Pela incapacidade de comunicar verbalmente aquando das últimas horas de vida. De forma a proporcionar o maior conforto possível nesta fase, foi fomentada a presença da família uma vez que, foram o elo de ligação na compreensão dos sinais de desconforto, pois conhecendo mais profundamente o senhor F. foram um apoio na atenção dada à sua individualidade

enquanto pessoa, indo de encontro à individualidade do doente (Barbosa & Neto, 2010).

Analisando na perspetiva da Teoria do Conforto, foi atingido o nível de transcendência, uma vez que foi proporcionada a oportunidade da família estar envolvida nos cuidados prestados, sentindo-se valorizada e potenciada a sensação de controlo sobre a gestão da situação.

6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS

Os cuidados de saúde primários foram fundamentais no acompanhamento do senhor F., uma vez que devido aos mesmos foi detetada precocemente a situação oncológica, agilizando-se os recursos necessários para fazer face à mesma. Deste modo, o senhor foi direcionado para um Hospital Central através de meios complementares de diagnóstico que permitiram o tratamento dirigido à doença, tais como, realização de quimioterapia e cirurgia, bem como numa fase final o acompanhamento por uma equipa de cuidados paliativos numa perspetiva promotora de conforto evitando-se medidas terapêuticas fúteis.

Os Cuidados Paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou domicílio. Atuam em pessoas que vivem em situação de sofrimento provocada pelo evoluir de uma doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva, bem como na sua família com o objetivo de promover o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (ANCP, 2006).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2014, p. 11), a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos encontra-se no nível I, ou seja, presta cuidados através de elementos multidisciplinares, com formação diferenciada que podem estar diretamente envolvidos nos cuidados ou dar apoio a outras equipas.

Esta equipa tem como área de atuação o controlo sintomático, gestão das necessidades psicossociais e espirituais, apoio aos familiares e cuidadores inclusive no luto e articulação com elementos da comunidade, como a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Nesta situação a presença desta equipa foi essencial para a gestão da mesma, uma vez que para além das ações paliativas, foi fomentado um trabalho em parceria

com a equipa médica e de enfermagem de cirurgia, concomitantemente com a família, o que conduziu a uma partilha de conhecimento que levaram a uma individualização dos cuidados prestados ao senhor F.. Desta forma, foi partilhado conhecimento sobre medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas a serem implementadas, para o controlo sintomático, promovendo o conforto do senhor F.. Foi estabelecida uma relação de parceria, desenvolvendo-se uma comunicação eficaz de ambas as equipas (paliativa e cirúrgica) para que fosse possível desmistificar preconceitos e mitos existentes, envolvendo a família nos cuidados, partilhando informação, conhecimentos, de forma clara e objetiva, atribuindo desta forma empowerment à família, conduzindo ao aumento da satisfação dos cuidados prestados (Beckstrand, Collette, Callister & Luthy; 2012). Igualmente levou ao aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos, por observarem um alívio sintomático e um aumento do conforto e de uma morte serena.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo de situação permitiu-nos desenvolver as competências enunciadas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa com Situação Crónica e Paliativa (2011, p. 4). Foi possível cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Através da identificação das necessidades, foi possível promover intervenções junto do doente e sua família envolvendo-os sempre numa perspetiva de visão holística trabalhando de forma interdisciplinar de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente até à sua morte.

Em simultâneo foi-nos possível desenvolver relação terapêutica com o senhor F. e sua família, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Desta forma, foram fomentadas parcerias terapêuticas envolvendo, o cliente, a sua família a equipa de cirurgia, a equipa de cuidados paliativos e família, respeitando a dignidade e autonomia do doente.

Este trabalho permitiu-nos uma reflexão mais profunda acerca da situação de uma pessoa com doença oncológica, internada no serviço onde implementámos ambos os projetos de intervenção, indo de encontro às necessidades específicas das pessoas a vivenciarem esta doença.

Assim foram igualmente trabalhadas as Competências preconizadas pela European Oncology Nursing Society (2013, p. 32), obtendo uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo Holístico, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente. Através da avaliação total da pessoa e a sua família utilizando os instrumentos adequados, interpretando escalas de avaliação da sintomatologia oncológica, foi explorado o julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família.

Finalmente a experiência retirada de todos os locais de estágio por onde ambas tivemos oportunidade de passar enriqueceu-nos de forma pessoal e profissional, permitindo-nos a perceção de trabalho em parceria com o intuito da melhoria dos cuidados prestados no nosso local de trabalho. Em jeito de conclusão verificamos que a implementação de ambos os projetos no cuidado dirigido à pessoa com doença oncológica potenciou a melhoria dos cuidados desenvolvidos à pessoa e sua família.

8. BIBLIOGRAFIA

- Aroso, A. et al. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, consultado em 10 de Fevereiro de 2016.
- Bakitas, M., Bishop, M. & Hahn, M. (2014). Symptoms When Death is Imminent. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. Cancer Symptom Management (706-712). Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursin Forum*. 38. (3). 229-239.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17.(4).438-440.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www. Cancernurse.eu/http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.Cancernurse.eu/http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=skills). Acedido em 10 de Fevereiro de 2016.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Oncology Nursing Society. (2013). *Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R., Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*. 24. (2). 25-30.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos e Organización Médica Colegial (2011) – Guía de Sedación Paliativa. Acedido em https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf, consultado em 10 de Fevereiro de 2016.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – *Oxford handbook of Palliative Care*. (2ª ed). Oxford. Oxford University Press.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.

9. ANEXOS

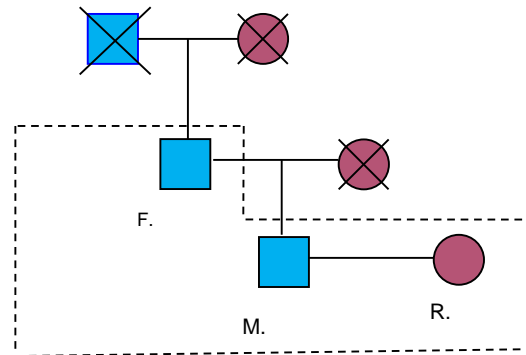
ANEXO I - Graffar adaptado

O senhor F. neste momento encontra-se a viver em casa do filho desde que a sua situação de doença se agravou, de forma a estar mais acompanhado. Recebe uma reforma por invalidez, ajudando o filho nas despesas de casa, sendo a partir dos dados deste que irá ser analisada esta escala.

- Profissão: Pedreiro na construção civil (5 pontos);
- Instrução: 4º ano (4 pontos)
- Origem do rendimento familiar: Vencimentos certos (3 pontos)
- Tipo de habitação: Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais (3 pontos)
- Local de residência: Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservada (2 pontos)


O resultado é 17 pontos, que corresponde a **classe III - média**

ANEXO II – Genograma





Legenda:

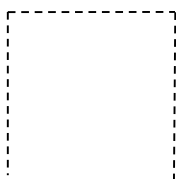
 Mulher

 Homem

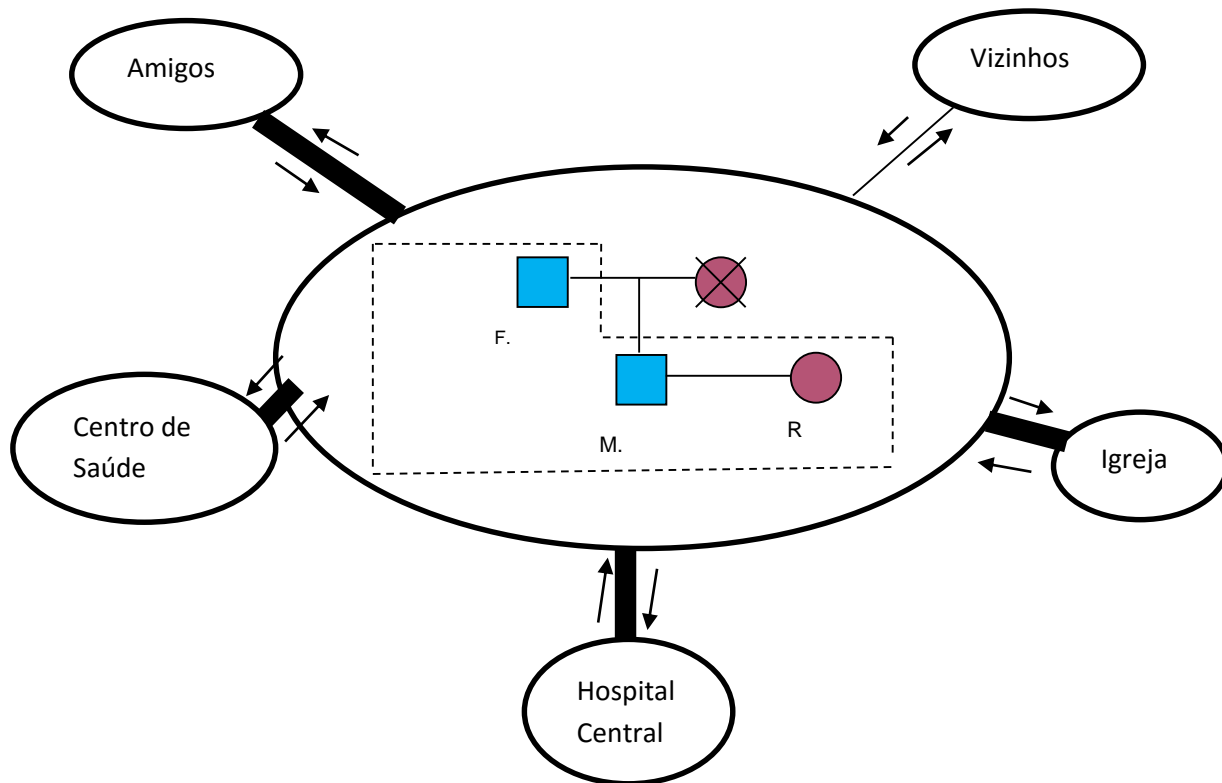
 Separação

  Óbito

  Casamento

 Agregado
Familiar

ANEXO III – Ecomapa



Legenda

- Relação forte
- Relação ténua
- Gerador de *stress*
- Vínculos negativos
- Sentido do fluxo de energia

ANEXO IV - FOIS versão portuguesa

Functional Oral Intake Scale (FOIS) - Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

1. Incapacidade de ingestão por via oral

2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual
3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

4. Ingestão total por via oral de uma única consistência
5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica
6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos
7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

ANEXO V – Escala de Braden

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura a nada, não se escurva) a estímulo doloroso, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levá-lo ou erguê-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

ANEXO VI – Escala de Morse

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

ANEXO VII – Escala Modificada de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	
0	

Apêndice XVIII - Análise das práticas realizadas após o início da Aplicação do
Projeto de Intervenção

Quadro 1: Distribuição de pessoas com doença oncológica por sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino	15	55,5%
Masculino	12	44,4%
Total	27	100%

Quadro 2: Distribuição pessoas com doença oncológica por estado civil

Estado civil	Frequência	Percentagem
Casado	18	66,7%
Solteiro	0	0%
Viúvo	7	25,9%
Divorciado	2	7,4%
Total	27	100%

Quadro 3: Distribuição de pessoas com doença oncológica por situação laboral

Situação laboral	Frequência	Percentagem
Empregado	2	7,4%
Desempregado	1	3,7%
Reformado	24	88,9%
Total	27	100%

Quadro 4: Distribuição de pessoas com doença oncológica por idade

Idade	Frequência	Percentagem
40-60anos	3	11,1%
60-80 anos	16	59,3%
Mais de 80 anos	8	29,6%
Total	27	100%

Quadro 5: Distribuição de pessoas com doença oncológica por tipo de neoplasia

Tipo de Neoplasia	Frequência	Percentagem
Colorectal	22	81,5%
Gastro-intestinal	1	3,7%
Mama	4	14,8%
Total	27	100%

Quadro 6: Distribuição de pessoas com doença oncológica por existência de metastização

Metastização	Frequência	Percentagem
Sim	15	55,6%
Não	12	44,4%
Total	27	100%

Quadro 7: Distribuição de pessoas com doença oncológica com dor

Dor	Frequência	Percentagem
Sim	21	77,8%
Não	6	22,2%
Total	27	100%

Quadro 8: Distribuição de pessoas com doença oncológica com dor por intensidade

Dor	Frequência	Percentagem
Ligeira (1-3)	11	52,4%
Moderada (4-7)	8	38,1%
Intensa (8-10)	2	9,5%
Total	21	100%

Quadro 9: Distribuição de pessoas com doença oncológica com dispneia

Dispneia	Frequência	Percentagem
Sim	4	14,8%
Não	23	85,2%
Total	27	100%

Quadro 10: Distribuição de pessoas com doença oncológica com dispneia por intensidade

Dispneia	Frequência	Percentagem
Ligeira (1-3)	3	75%
Moderada (4-7)	1	25%
Intensa (8-10)	0	0%
Total	4	100%

Quadro 11: Distribuição de pessoas com doença oncológica em que foi reavaliada a dor após intervenção

Reavaliação	Frequência	Percentagem
Sim	18	85,7%
Não	3	14,3%
Total	21	100%

Quadro 12: Distribuição de pessoas com doença oncológica em que foi reavaliada a dispneia após intervenção

Reavaliação	Frequência	Percentagem
Sim	4	100%
Não	0	0%
Total	4	100%

Quadro 13: Distribuição de pessoas com doença oncológica em que é descrita qual a escala de avaliação de dor utilizada

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	16	76,2%
Não	5	23,8%
Total	21	100%

Quadro 14: Distribuição de pessoas com doença oncológica em que é descrita as medidas farmacológicas utilizadas no controlo da dor

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	15	71,4%
Não	6	28,6%
Total	21	100%

Quadro 15: Distribuição de pessoas com doença oncológica em que é descrita as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo da dispneia

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	3	75%
Não	1	25%
Total	4	100%

Quadro 16: Distribuição das vias de administração fármacos em pessoas com doença oncológica

Vias de Administração	Frequência	Percentagem
Oral	8	29,6%
Endovenosa	12	44,4%
Sub-cutânea	1	3,7%
Transmucosa	2	7,4%
Trandérmica	4	14,8%
Total	27	100%

Quadro 17: Distribuição de pessoas com doença oncológica referenciadas para a Unidade de Dor Crónica

Referenciação	Frequência	Percentagem
Sim	2	9,5%
Não	19	90,5%
Total	21	100%

Quadro 18: Distribuição de pessoas com doença oncológica referenciadas para a EIHS CP

Referenciação	Frequência	Percentagem
Sim	5	18,5%
Não	22	81,5%
Total	27	100%

Apêndice XIX – Sugestões do painel de peritos sobre as linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida

Quadro I: Caracterização do perfil de peritos que participaram na avaliação das linhas orientadoras de boa prática no controlo da dor e da dispneia na pessoa com doença oncológica em fim de vida

	Sexo	Idade (anos)	Tempo de experiência profissional (anos)	Formação académica	Título de especialista	Local de trabalho
P1	Femenino	46	27	Mestrado	Sim	Clínica da Dor
P2	Femenino	38	14	Mestrado	Sim	Serviço de internamento em Cuidados Paliativos
P3	Femenino	42	19	Licenciatura	Não	Unidade Multidisciplinar de Dor Crónica
P4	Femenino	53	25	Pós graduação	Não	Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos
P5	Femenino	38	12	Licenciatura	Não	Serviço de Cirurgia Geral
P6	Femenino	41	19	Mestrado	Sim	Serviço de Cirurgia Geral
P7	Femenino	30	9	Mestrado	Sim	Serviço de Urgência

Quadro II- Sugestões dos peritos

Apreciação da Dor Oncológica		
P1	<ul style="list-style-type: none">- Na avaliação das características de dor, no tipo de dor sugere acrescentar somática, visceral, neuropática ou mista.- No padrão de dor, sugere acrescentar contínua, irruptiva ou fim de dose.	
P7	<ul style="list-style-type: none">- Sugere trocar a palavra avaliação por apreciação, uma vez que é mais lato e não está somente centrada na intensidade;	
Recomendações Farmacológicas no Tratamento da Dor		
Recomendações no tratamento da dor ligeira – Degrau I da Escada Analgésica da OMS (EN- 1-3)	P1	<ul style="list-style-type: none">- “O paracetamol é recomendado, 1000mg oral ou endovenoso de 8/8horas, sendo a dose máxima diária recomendada de 4g”, propõe acrescentar “porém em pessoas com idade superior a 65 anos, a dose máxima diária recomendada é de 3g”.
Recomendações no tratamento da dor moderada – Degrau II da Escada Analgésica da OMS (EN- 4-6)		<ul style="list-style-type: none">- “O tramadol é o análogo sintético da codeína, sendo a dose recomendada de 50-100mg por via oral de 4 a 6horas ou 100 a 200mg oral de 12/12horas nas formulações de libertação prolongada, sendo que doses diárias iguais ou superiores a 400mg não são recomendadas” aconselha completar com “O ceterolac é recomendado 15-30mg endovenoso, sendo a dose máxima diária recomendada de 120mg”.

		<ul style="list-style-type: none"> - “Doses baixas de um opiáceo do grau III, podem ser usados em vez da codeína ou do tramadol”, recomenda agregar “ morfina, sendo a dose inferior ou igual a 30mg oral/dia; hidromorfona dose inferior ou igual a 4mg oral/dia ou oxicodéina dose inferior ou igual a 20mg/dia”.
	P7	<ul style="list-style-type: none"> - Sugere alterar “Os opióides fracos têm um “efeito teto”, onde mais de um certo limiar de dose não aumenta a sua eficácia, influenciando apenas o aparecimento de efeitos secundários, como náuseas, vômitos, tonturas, anorexia e astenia”, por “Os opióides fracos têm uma dose com "efeito teto”, onde mais do que a dose diária máxima recomendada não aumenta a sua eficácia, influenciando apenas o aparecimento de efeitos secundários, como náuseas, vômitos, tonturas, anorexia e astenia”.
Recomendações no tratamento da dor moderada a intensa – Grau III da Escada Analgésica da OMS (EN – 7-10)	P7	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir “É indicado a utilização de fórmulas de libertação rápida nas pessoas com dor intensa, podendo ser considerada a via endovenosa”, por “É indicado a utilização de fórmulas de libertação rápida nas pessoas com dor intensa. A via oral é a preferencial, porém se para além de intensa a dor apresenta instabilidade, a via endovenosa pode ser considerada - Alterar “Após a introdução dos opióides, poderá ser considerada a continuidade de analgésicos não opióides de forma a oferecer uma melhor analgesia que o opióide só por si”, por “Após a introdução dos opióides, poderá ser considerada a continuidade de analgésicos não

		<p>opióides de forma a oferecer uma melhor potência analgésica, devido ao efeito sinérgico, que o opióide só por si.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - “As formulações transdérmicas são uma alternativa aos opióides orais, sendo mais reservados aos doentes com necessidades de opióides estáveis”, deverá ser modificado para “As formulações transdérmicas são uma alternativa aos opióides orais, sendo mais reservados às pessoas com a dor estabilizada sem períodos de intensas exacerbações, tendo em conta que demoram 12 horas a atingir o nível sérico”.
Recomendações para o tratamento da dor moderada a intensa refratária – Degrau IV da Escada Analgésica da OMS	P1 P3 P7	<ul style="list-style-type: none"> - Recomendações para o tratamento da dor moderada a intensa refratária – Degrau IV da Escada Analgésica Modificada da OMS.
	P1	<p>Aconselha inserir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - “As técnicas invasivas encontram-se recomendadas quando existem efeitos colaterais consideráveis, relacionados com os analgésicos; dor intensa não controlável com os métodos tradicionais; necessidade de administração de grandes doses de opióides; necessidade de administrar fármacos no espaço epidural; dor referenciada a zonas de enervação de plexos nervosos”. - “A morfina e os anestésicos locais como a bupivacaína, são os mais recomendados.” - “Na dor visceral é recomendado o bloqueio do sistema simpático”.

Vias de administração	P2 P7	<p>“A via endovenosa deve ser considerada, quando a subcutânea se encontra contraindicada por anasarca, hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou necessidade de administração de grandes volumes. Esta é uma via três vezes mais potente do que a via oral”. Alterar, tendo em conta as tabelas de equinalgesia para “A via endovenosa deve ser considerada, quando a subcutânea se encontra contraindicada por anasarca, hipoperfusão periférica, distúrbios na coagulação ou necessidade de administração de grandes volumes. Esta é também uma via duas vezes mais potente que a via oral”.</p>
	P3 P7	<p>- “As formulações transmucosas orais estão associadas a melhores resultados na dor irruptiva, sendo mais eficaz que a morfina de libertação imediata oral”, foi substituído por “As formulações transmucosas orais estão associadas a melhores resultados na dor irruptiva, porém apresentam uma biodisponibilidade de 50%, sendo difícil de titular. Se a pessoa já realizava morfina em esquema é recomendado morfina de rápida absorção”.</p>
Titulação de opioides	P1	<p>Propõe inserir</p> <p>- “É realizada com a adição de um opóide forte, equivalente a 10-15% da dose habitual total, do mesmo fármaco mas de rápida ação”.</p> <p>- “A metadona tem uma semi-vida variável, pelo que é recomendada a sua titulação durante 5 a 7 dias”.</p>

	P7	- Alterar “Se existir dor por fim-de- dose, desaparecendo o efeito analgésico antes da próxima dose, esta pode ser aumenta ou o intervalado entre as administrações diminuído” para “Se existir dor por fim-de-dose, desaparecendo o efeito analgésico antes da próxima dose, esta pode ser aumenta ou o intervalado entre as administrações diminuído. Para aumentar a dose, dever-se-á somar a dose dos resgates realizados nas últimas 24 horas, à dose basal e dividir-se pelo número de tomas diárias, obtendo-se novas dosagens do opióide”.
Rotação de opioides	P7	- “Na conversão de morfina oral para a via subcutânea ou endovenosa, a relação pode ser aproximadamente 2:1 ou 3:1”, alterar para “Na conversão de morfina oral para a via subcutânea ou endovenosa, a relação pode ser aproximadamente 2:1”.
Recomendações no controlo da Dor Neuropática	P2 P3	- “A dexametasona é o corticosteroide preferencial, sendo recomendado 4 a 8mg por via oral de 12/12horas ou de 8/8 horas”, sugerem completar com “preferindo um horário de administração até à tarde evitando o desconforto provocado pela insônia, um efeito secundário frequente da sua utilização”.
Recomendações no controlo da Dor Visceral – Oclusão Intestinal Maligna	P1	Sugere inserir, uma vez que não se encontrava na fase inicial.
Recomendações no Controlo da Dor Irruptiva	P7	“O fentanilo por via endovenosa ou sublingual tem um início de atividade mais rápido no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à

		<p>morfina oral”. Foi sugerido alterar para “O fentanilo por via endovenosa ou sublingual tem um início de atividade mais rápido no tratamento dos episódios de dor irruptiva em relação à morfina oral. Porém o fentanil transmucoso tem uma biodisponibilidade absoluta de 50%, sendo absorvido aproximadamente 25% pela mucosa oral, a dose residual (25%) é deglutida e absorvida pela via gastro-intestinal, atinge o pico aos 15min e tem uma semi-vida de 1h15. Na dor irruptiva a morfina administrada por via endovenosa comparativamente ao fentanilo transmucoso tem uma eficácia superior aos 15 minutos, mas aos 30 minutos não existe diferença estatística significativa”.</p>
Apreciação da dispneia		
<p>Despistar causas potencialmente tratáveis da dispneia</p>	<p>P7</p>	<p>Alterar a palavra “stent” por “angioplastia”</p>

ANEXO

Anexo I- Registo da avaliação do Estágio com Relatório dos diversos locais de ensino clínico

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Clinica de Dor do

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

"Intervenções de Enfermagem no controlo da Dor e da Dispneia na Pessoa com Doença Oncológica em fim de vida", Esta a vez, desenrolou-se em estâgios repetitivos, por vários locais por opção própria.

Sendo o estágio realizado nesta clínica de 12 turnos, existiu a necessidade de adequação dos objetivos inicialmente traçados. A aluna teve, sempre, uma atitude adequada quanto a reformulação dos mesmos.

Os trabalhos realizados foram apresentados atempadamente e com sucesso quanto ao conteúdo.

A aluna considerou que este estágio serviu de "alicerce" na Ténica dos Cuidados de Enfermagem ao Doente com Dor Oncológica, para a sua prática clínica. Embora ainda alguns Tópicos, Tem ao longo do estágio na prática adequada na dinâmica do Serviço. Debruçou a Atuação de Bom.

Data: 22/10/15

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Carla Juba

Orientador:

Docente:

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Serviço de Cuidados Paliativos do

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Aluna revelou competências nas áreas de cuidados Paliativos como pontos fortes destaca-se a responsabilidade, capacidade de trabalhar em equipa e flexibilidade. Assumindo sempre uma postura tranquila e assertiva junto de doente e família. Assumiu os desafios propostos ao longo do ensino clínico, assumindo sempre uma postura exigente. Revelou ainda boa capacidade de comunicação com doente e família sendo ainda de salientar que conseguiu fazer a articulação de teoria à prática. Como pontos de destaque salienta-se a forma organizada como desenvolveu o seu estágio e planeamento. Terminou este modo o estágio com média final de 18,00 (Muito Bom)

Data:

Orientador:

Estudante (inicial)

Orientador:

Docente:

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Unidade Multidisciplinar de Oncologia

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Durante o estágio nesta Unidade a Enfa. Carla revelou:

- Capacidades comunicacionais e relacionais quer com o doente e família quer toda a Equipa Multidisciplinar.
- Conhecimentos na área da Oncologia evidenciando o trabalho de pesquisa/estudo, realizado previamente bem como a capacidade de integração de conceitos teóricos na prática clínica.
- Ser assereiva, organizada, metódica e com espírito de iniciativa e pontos fortes.
- A forma como organizou o seu percurso por forma a tirar o maior proveito nas aprendizagens. O domínio de conceitos teóricos.

Data:
Orientador:
Estudante (id):

Orientador:
Docente:

Atribui-se a nota qualitativa de Muito Bom.

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Durante o estágio na EITSCP do _____ a/uma

• Revelou conhecimentos teóricos na área dos cuidados paliativos utilizando-os para debater contextos de prática, contribuindo para o funcionamento e funcionamento do serviço.

• Demonstrou capacidade de se relacionar com os outros integrando-se bem na equipa multidisciplinar na qual teve uma participação ativa e quando foi solicitado com os doentes (terminou a consulta).

• Revelou capacidades para programar, organizar e controlar a sua actividade o que lhe permitiu atingir os objetivos propostos para o estágio. Percebeu a importância de entender o contexto sempre disponível para a prática no serviço.

Data: _____ Orientador: _____
Estudante (a) _____ Docente: _____

④ Fecção exposto atribuiu a avaliação qualitativa de muito bom.

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Considero que o estágio foi muito produtivo sendo que a estudante revelou a aquisição de competências na área específica de enfermagem no controlo da dor e da dispnéia na pessoa com doença oncológica em gin de vida em internamento hospitalar de cuidados paliativos. Esta conseguiu atingir os objectivos propostos tendo desempenhado um papel dinamizador e interventivo com vista à aplicação do seu projecto, através do cumprimento das actividades de intervenção/gestão a que se comprometeu.

Enquanto orientador considero que a mais valia deste projecto se traduziu na qualificação da reflexão sobre a prática da equipa de enfermagem com vista à mudança de mentalidades e na capacitação dos enfermeiros para o controlo da dor e da dispnéia na pessoa com doença oncológica em gin de vida.

Por todo o trabalho desenvolvido atribuo a classificação de muito bom.

Data:

Orientador
Estudante

Orientador
Docente: